

**FACULTE DE MEDECINE
BROUSSAIS HOTEL-DIEU
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1971

THESE

N°

43

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Philippe BOUSQUET

Né le 1er décembre 1942 à PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

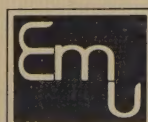
LA PSYCHIATRIE CHEZ L'HABITANT

ou

**Celui qui ne se soigne pas à domicile est-il un
soignant à part entière ?**

Président : M. P. MILLIEZ, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
BROUSSAIS HOTEL-DIEU
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1971

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Philippe BOUSQUET

Né le 1er décembre 1942 à PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

LA PSYCHIATRIE CHEZ L'HABITANT

ou

**Celui qui ne se soigne pas à domicile est-il un
soignant à part entière ?**

Président : M. P. MILLIEZ, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A DANIELLE

dont je partage l'existence.

A PATRICK et A PHILIPPE

A MES PARENTS

qui m'ont donné la possibilité du choix de
ma profession ce qui demeure trop souvent
encore un privilège.

A MES FRERES et SOEURS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur P. MILLIEZ

Doyen du Centre Hospitalo-Universitaire BROUSSAIS-HOTEL DIEU

Militant inlassable pour un dispositif de Santé Publique de qualité, non limité aux murs de l'Hôpital, ou le droit à la santé de chacun pourrait s'exercer vraiment, ou les médecins pourraient se former aux vraies réalités de leur pratique.

En acceptant de parrainer ce travail, il nous a montré combien il était attentif aux efforts des psychiatres pour tenir une position avancée dans ces recherches, psychiatres qui n'entendent pas limiter le fruit de leur réflexion au domaine clos de la psychiatrie.

A Monsieur le Docteur Lucien BONNAFE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Toujours à l'avant garde du combat pour la
désaliénation et pour une société permettant
le plein développement des puissances de
l'homme.

Ce travail lui doit beaucoup. Il en a été l'ins-
pirateur.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Docteur Guy BENOIT

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

qui m'a fait découvrir un abord original
des problèmes psychiatriques posés par
l'enfance.

A Monsieur le Docteur Philippe PAUMELIE

Médecin Directeur du Centre de Santé Mentale du
XIII^e arrondissement.

Mon passage au Centre de Santé Mentale du
XIII^e arrondissement m'aura fourni de nom-
breux éléments de réflexion sur le travail
psychiatrique à domicile

Mes remerciements s'adressent à toute
l'équipe du Centre.

A mes Camarades d'Internat

Certaines idées exprimées dans ce travail
sont nées d'amicales discussions avec eux.

PLAN

I - INTRODUCTION

II - REFLEXIONS A PROPOS DE L'HISTOIRE

de l'aliénation à la désaliénation.

III - ASPECTS THEORIQUES

La relation soignant-soigné au domicile.

- les conditions de la rencontre thérapeutique au domicile :

- les éléments en présence,

- le lieu de la rencontre.

- le "contenu" de la rencontre.

IV - ASPECTS PRATIQUES

- Contre indications

- Indications

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

oOo

AVERTISSEMENT

Il pourra sembler paradoxal qu'un travail qui se propose de traiter des pratiques à domicile dans le domaine psychiatrique déborde largement son objet primitif, pour aborder le problème plus général de la position actuelle dans notre société du fait psychiatrique.

Il nous semble que l'intérêt grandissant de la psychiatrie de ces dernières années pour tout ce qui concerne le domicile du malade témoigne d'une remise en cause radicale de l'attitude fondamentale de la psychiatrie par rapport à son objet scientifique : la folie, attitude nouvelle que l'on peut qualifier de "désaliéniste". Par là même, il s'agit également d'une remise en cause des institutions psychiatriques, c'est-à-dire des instruments, au sens d'instrument scientifique, dont dispose la psychiatrie pour rendre les services que chaque malade est en droit d'attendre d'elle.

INTRODUCTION

Il est un fait qui ne manque pas d'étonner lorsque l'on aborde la pratique psychiatrique : la complexité et l'incohérence des voies que suivent les malades avant qu'un remède soit apporté à leur état.

La complexité en soi n'a rien de condamnable certes, quant à l'incohérence et au laisser aller, ils ont leurs vertus propres et peuvent à l'occasion posséder un pouvoir comique certain.... Pourtant dans le domaine qui nous occupe ici, faut-il en rire ? Le rire n'est-il pas un mode de défense contre l'angoisse comme toute notre pratique nous le montre quotidiennement, angoisse commune à tout homme dit "normal", psychotique ou névrotique, à des degrés divers.

Or, l'homme mentalement perturbé, le plus désarmé face à cette angoisse ne reçoit les secours de la science qu'avec retard, ayant accompli dans bien des cas un périple défiant toute logique.

Ce caractère différé des soins psychiatriques se vérifie à la fois dans le temps, mais également dans l'espace puisque les premiers soins interviennent loin du lieu où le trouble s'est exprimé.

C'est d'un de ces lieux que nous voudrions parler ici : le domicile du malade mental, non pas par simple intérêt descriptif ou curiosité intellectuelle mais parce qu'il est précisément un des lieux électifs où s'exprime le trouble mental et vis-à-vis duquel ceux qui ont fait profession de comprendre ce trouble afin d'y porter remède ne peuvent rester indifférents.

Il peut en effet sembler paradoxal à un esprit naïf que la pratique psychiatrique s'exerce peu ou pas à domicile contrairement à la pratique médicale courante, dans laquelle le domicile est un lieu familier du médecin, où il se rend volontiers de jour comme de nuit, chaque fois que sa présence est requise.

Demeurons dans le domaine des paradoxes : La psychiatrie Publique qui assure tout au moins dans notre pays, les soins à la grande majorité des malades, n'assure pas ce que tout usager d'un service public est en droit d'attendre, c'est-à-dire, la disponibilité par rapport aux besoins, alors que la médecine traditionnelle, dite "libérale", domaine privé, donc non assujéti à priori aux exigences d'un service public, s'est toujours fait un devoir de répondre aux besoins, en quelque lieu et temps qu'ils se manifestent.

La naïveté d'un tel propos peut étonner. En effet, il semble facile de répondre devant de tels paradoxes, qu'il s'agit en fait de deux domaines différents. Quoi de commun entre une affection somatique grave et une décompensation délirante dira-t-on ? Loin de nous l'idée de soutenir que les deux situations sont assimilables. Dans un cas, l'urgence est évidente, le retard apporté à la thérapeutique peut mettre la vie en danger, le malade exprime clairement la nécessité qu'il a d'être soulagé. Dans l'autre, l'urgence est là également, avec son cortège angoissant, l'entourage est désarmé, ne sachant que faire, à la fois impliqué, victime et témoin impuissant dans le drame qui se déroule, d'autant plus angoissant qu'il est moins accessible à la compréhension.

Fait capital, ajoutant au désarroi de l'entourage, toute tentative faite par lui pour rassurer, pour désamorcer cette situation tendue, entraîne au contraire, chez celui qui est l'objet de cette sollicitude, un renforcement des comportements pathologiques, une surenchère qui témoigne du caractère défensif de la maladie mentale. Tout ceci abouti par un mécanisme bien compréhensible à une situation d'intolérance.

En effet, situation particulière de l'urgence psychiatrique par rapport à l'urgence somatique, les témoins de celle-ci (la famille la plupart du temps)

ne savent à qui s'adresser. Ainsi se constitue rapidement une sorte de "cercle vicieux" où le malade, exprimant un vécu angoissant intolérable, de façon distordue et donc "mal-entendue" obtient pour seule réponse l'écho que cette angoisse a mobilisé autour de lui. De distorsion en distorsion, une incompréhension réciproque s'accroît, les échanges deviennent impossibles, le malade et son entourage ne se reconnaissant plus deviennent étrangers. Cette situation d'intolérance réciproque ne peut se résoudre spontanément que par le rejet, l'expulsion du malade devenu "corps étranger" à son milieu de vie, au besoin avec l'aide de l'Autorité. Ce caractère d'étrangeté constitue un des aspects originaux du trouble mental par rapport au trouble somatique si grave soit-il, et explique que, face à lui, les liens unissant les divers membres du groupe familial subissent de telles modifications, et l'expression des sentiments de telles distorsions.

Dans les deux situations, cependant, c'est l'ensemble familial qui est concerné par le trouble et non pas seulement le sujet "malade".

S'il s'agit d'un trouble somatique, l'entourage saura à qui s'adresser, connaissant "l'homme de l'art" toujours disponible, qui, venant au domicile de la famille nommera le trouble et y portera remède. En fait il est de constatation courante que la famille attend aussi du personnage médical, une réassurance quand à sa cohésion présente et future (rassurer ne veut-il pas dire rendre plus solide ?). Cette notion de présence rassurante du médecin, qui fait de lui, en soi, une partie du remède est, certes, déjà pressentie dans la pratique médicale classique mais c'est un apport original de la psychiatrie que de l'avoir dégagée, par un éclairage nouveau de la relation médecin-malade.

Cette notion (déjà évidente lorsqu'il s'agit d'une affection somatique) revêt naturellement une importance particulière lorsque le trouble majeur est précisément celui de la relation. Or, nous l'avons vu, dans ce cas particulier, le problème se pose rapidement aussi bien au domicile qu'en tout autre lieu où peut se décompenser un équilibre relationnel fragile, non plus en terme de soulagement à apporter à une souffrance, de dialogue à rétablir mais en terme d'intolérance et de rejet ce qui explique que la présence du médecin ne soit pas la première requise.

Cette position du fait psychiatrique n'est pas le fruit d'un hasard malencontreux, nous pensons qu'elle trouve son explication dans la nature même de ce qu'il est convenu d'appeler le trouble mental : mode de défense inadapté d'un individu vis-à-vis d'une relation angoissante qui, devenant intolérable, amène à l'extrême, à la rupture de tout échange.

Cependant cette valeur de défense, qui constitue le trouble lui-même comme symptôme signifiant que "quelque chose" dans la relation entraîne une souffrance, comme un appel à l'aide, témoin d'une détresse, présente une ambiguïté fondamentale.

En effet, la demande du malade, témoignage d'un besoin non satisfait, a certes la valeur d'un appel, d'une demande, mais elle prend bien souvent le masque de son contraire : refus de tout dialogue, de tout échange.

Le discours de la folie dont le sens profond, parfois bien caché, est celui d'une "juste protestation de l'esprit contre une injuste contrainte" (L. BONNAFFE), présente le caractère d'une demande puisqu'il est discours, donc invitation à un dialogue, mais une demande qui semble postuler qu'aucune réponse de l'autre n'est satisfaisante, témoignant du retrait défensif d'une sensibilité exacerbée.

L'obscurité apparente de ce discours explique que son sens ne soit pas immédiatement perçu et la perversion des réponses qui lui sont faites lorsque l'on s'en tient à son contenu manifeste.

Ceci rend compte également du fait que la demande du malade ne parvienne pas directement et explicitement à ceux qui par leurs fonctions sont chargés d'en comprendre le sens pour y apporter une réponse adaptée, permettant le rétablissement d'un dialogue, mais au contraire de façon en quelque sorte médiate, au moyen d'intermédiaires, de porte paroles, et donc de distorsions successives et multiples.

Cet aspect médiat et implicite de la demande de soins, lorsqu'elle concerne la santé mentale, rend compte également de son caractère abérrant et exorbitant, en exaltant son aspect de demande de mise en dépendance et

en tutelle et explique que face à une telle demande obscure, ambiguë, distordue, l'entourage immédiat du malade, mis en position d'impuissance, n'ait pour seule réponse que le rejet de celui-ci.

C'est bien souvent encore à ce moment de l'évolution qu'est requis "l'homme de science", mais comme il est aisé de le comprendre, le premier contact entre le malade et celui, ou ceux, qui vont le soigner est marqué par les conditions de cette rencontre.

Alors que le médecin généraliste a affaire le plus souvent à une demande explicite de soins, le psychiatre a trop souvent en face de lui un "exclu", amené par sa famille, adressé par un autre médecin, par un service social, à l'extrême par l'autorité, "exclu" qui n'exprime aucune demande apparente.

La demande de la société, de l'entourage, apparaît d'abord comme une demande d'exclusion et de mise en tutelle, et nous pensons que faute de se placer avant la situation d'intolérance et le rejet qui en est l'aboutissement, la psychiatrie apparaît avant tout comme un système d'exclusion et non comme un système de soins; le psychiatre comme un personnage possédant un pouvoir, celui d'enfermer ceux que l'on désigne comme "fous".

Cette position historique de la Psychiatrie que l'on peut appeler "aliéniste" est malheureusement encore trop souvent la seule qui permette les instruments de travail dont disposent ceux à qui incombent la protection de la santé mentale d'une population.

L'apparition récente de Dispensaires d'Hygiène Mentale, implantés dans la communauté a introduit dans le dispositif de soins de type asilaire un second pôle, mais dans cette structure bipolaire l'hôpital psychiatrique, version améliorée de l'asile, constitue trop souvent encore l'élément central.

Un progrès a ainsi été réalisé mais la position du fait psychiatrique dans la société n'a pas été fondamentalement modifiée car ce dispositif nouveau n'est pratiquement accessible qu'aux patients porteurs d'une demande explicite de soins et en état de venir l'exprimer au Dispensaire, qui constitue en fait, une minorité.

Elle laisse de côté les malades plus gravement perturbés, se trouvant dans un état d'incapacité transitoire ou permanente à exprimer une demande explicite et qui, de ce fait, n'obtiennent des soins que lorsqu'ils sont exclus, rejetés de leur milieu, bien souvent par la contrainte.

Nous ne pensons pas qu'il y ait là une sorte de malédiction inhérente à la maladie mentale mais bien plutôt que l'ignorance vis-à-vis de celle-ci et les mythes qui s'y rattachent, eux mêmes témoins de cette ignorance, favorisent le déchaînement des conduites régressives et donc répressives à son en-droit.

Il faut bien reconnaître qu'au XXe siècle, les "démons" n'ont pas tous été exorcisés.

Depuis le geste de Pinel, en pleine Révolution Française, fondant le fou comme malade et la folie comme objet de connaissance scientifique, l'ignorance a certes diminué . Mais ce geste hautement symbolique n'a pas magiquement détruit le mythe du "démon" de la folie, mythe séculaire. L'ignorance et l'obscurantisme ont bien souvent repris l'avantage par la suite, l'histoire des institutions psychiatriques, c'est-à-dire des instruments mis à la disposition de la science pour comprendre la folie et la soigner, ainsi que leur état actuel sont là pour en témoigner.

Malgré tout, la science psychiatrique a progressé surtout depuis que l'ignorance a conduit aux pires comportements répressifs lors de la Deuxième Guerre Mondiale.

L'époque de la Libération en France, dans le mouvement qu'on a appelé Révolution Psychiatrique, a reposé le problème de l'objet scientifique de la psychiatrie et montré la nécessité d'une modification radicale des moyens de traitement de la maladie mentale.

Les principes scientifiques d'un Service Public de protection de la santé mentale ont ainsi été élaborés; les faire passer dans la réalité, telle est la tâche qui incombe maintenant.

Le choix du thème de cette thèse, l'étude des activités psychiatriques à domicile doit être situé dans ce contexte.

Parler de pratiques à domicile en psychiatrie nous paraît présenter cependant, plusieurs dangers que nous essayerons d'éviter :

- d'une part, donner à penser qu'il s'agit là d'une sorte de "gadget", de fantaisie moderniste, voire de panacée réservée à des spécialistes et capable de résoudre tous les problèmes psychiatriques, alors qu'il s'agit d'un moyen thérapeutique nouveau parmi d'autres dont une équipe psychiatrique doit pouvoir disposer pour jouer pleinement son rôle, ce moyen nous apparaissant seulement comme le plus représentatif d'une psychiatrie moderne adaptée à l'état des connaissances scientifiques dans ce domaine.

- d'autre part apparaître utopique : étant donné l'état actuel, tout au moins dans notre pays, du dispositif de soins psychiatriques, mal dégagé de la tradition asilaire certains diront qu'il semble prématuré d'étudier une façon d'aborder les problèmes psychiatriques, radicalement hétérogène à cette tradition et qui s'inscrit dans une attitude fondamentale nouvelle à l'égard du malade, attitude que Lucien Bonnafé a nommé "désaliéniste".

Certes la pratique dite de "secteur" (en désignant par ce terme une psychiatrie à l'échelle humaine à proximité de l'usager) qui est le seul cadre dans lequel les activités soignantes à domicile peuvent révéler toute leur fécondité, reste encore une perspective. Cependant à notre connaissance, personne ne considère sérieusement cette perspective comme utopique car elle répond à la fois aux exigences du progrès et aux besoins des populations.

Sans perdre de vue ces divers dangers, nous aborderons le thème qui nous occupe selon divers points de vue :

- un point de vue historique : à partir d'éléments puisés dans l'Histoire de la Psychiatrie, nous tenterons de répondre à la question suivante : Pourquoi l'idée de soigner l'habitant chez lui n'apparaît dans les préoccupations psychiatriques que lors d'une date récente ?

- un point de vue théorique : nous tenterons de dégager des fondements théoriques sur lesquels repose l'exercice d'activités soignantes à domicile,

- un point de vue pratique : nous essaierons de définir le champ d'application possible de telles activités.

oOo

REFLEXIONS A PROPOS DE L'HISTOIRE

De l'aliénation à la désaliénation.

Il ne sera pas question ici d'étudier l'histoire des pratiques à domicile en psychiatrie. Cette histoire est, bien entendu, trop récente et ne pourrait consister qu'en une énumération des expériences diverses réalisées dans ce domaine. L'exercice de telles pratiques est en effet loin d'être familier et revêt bien souvent encore un caractère exceptionnel.

Ce fait, en lui même pose problème : pour quelles raisons le domicile du malade n'apparaît dans les préoccupations de la psychiatrie que lors d'une date récente ? C'est dans l'histoire de la psychiatrie, nous semble-t-il, que la réponse à une telle question peut être cherchée. (Nous nous limiterons au maximum à l'histoire de la psychiatrie française).

L'intérêt actuel de la psychiatrie pour le domicile témoigne d'une révision radicale de la conception et du traitement de la maladie mentale, en rupture par rapport aux traditions. Dans une vision traditionnelle, "aliéniste" le traitement de la maladie mentale était envisagé exclusivement dans une structure hospitalière, ainsi l'idée de soigner l'habitant chez lui, ou à proximité de chez lui, ne pouvait émerger historiquement qu'à partir d'un certain stade de développement des connaissances psychiatriques, stade nouveau que l'on peut appeler "désaliéniste" dans lequel l'institution hospitalière ne joue plus le rôle prévalent.

Ce concept de désaliénation, créé par Lucien Bonnafé, ne saurait mieux être défini que par son auteur : "en présence de la tendance à réagir au fait psychopathique, plus largement au déviant, par des conduites rejectives ou

ségrégatives, le désaliéniste est celui qui, par un travail extensif dans les organes de la société qui ne sont pas sous sa propre responsabilité, contribue à réduire l'intolérance de la société à l'égard du "mauvais objet" qu'elle contient, Il tend donc à réduire la charge des institutions dont il a la responsabilité propre".

C'est en quelque sorte l'histoire de ce mouvement qui aboutit à dépasser la conception asilaire ou hospitalière de la psychiatrie que nous voudrions brièvement tracer ici, histoire de la désaliénation.

Des voix se sont élevées au cours de l'histoire, pour dénoncer la condition misérable faite aux fous, des actes ont été accomplis pour améliorer cette condition préfigurant cette psychiatrie désaliéniste. C'est donc essentiellement à partir de la critique du stade asilaire que ce nouveau stade a pu être atteint et celui-ci permet d'expliquer le précédent, le dépasse, réalise "autre chose".

Ce dépassement ne s'est pas, bien entendu, réalisé en un jour, il est le résultat des luttes qu'ont menées, au cours de l'histoire, les partisans du progrès face aux tendances les plus rétrogrades. Ces forces rétrogrades ont malheureusement dominé largement dans le passé et s'opposent encore actuellement aux réalisations que rend possible l'état des connaissances scientifiques dans le domaine psychiatrique. La persistance actuelle des modes de pensée "hospitalocentriques" consistant à poser les problèmes psychiatriques en fonction des structures hospitalières existantes et héritées du passé et non en fonction des besoins de la population, est le symptôme principal de cette résistance au progrès. L'usage persistant des termes "d'extra hospitalier" pour désigner ce qui n'est pas hospitalier, de "service " toujours pensé comme service hospitalier, de dispensaire de "post-cure" donnant à penser que la cure en psychiatrie ne peut être qu'hospitalière, démontre l'infiltration des modes de pensée actuels par les conceptions anciennes et la difficulté de s'en dégager. De même, les difficultés que rencontrent la pensée et le discours désaliénistes pour se faire entendre, les déformations qu'ils subissent, doivent être interprétées dans le même sens.

L'action des forces de progrès n'a cependant pas été vaine, elles ont tracé la voie qui a permis l'éclosion des conceptions modernes. Ainsi l'histoire de la psychiatrie, telle qu'on peut l'appréhender de façon brutale, dans son mouvement superficiel, montre que les préoccupations psychiatriques se sont certes progressivement déplacées du champ clos de l'asile, lieu d'exclusion et de ségrégation, vers le milieu de vie propre du malade et en particulier vers son domicile. Cependant les principes scientifiques d'une organisation psychiatrique moderne, entièrement pensée en fonction des besoins de la population, se situant au plus près de ceux-ci, là où ils s'expriment, organisation dans laquelle le travail à domicile s'inscrit naturellement, ne sont apparus que récemment.

AVANT PINEL

Cette période extrêmement vaste nous retiendra peu dans la mesure où aucune conception cohérente, scientifique ou tout au moins **préscientifique**, n'est apparue au sujet de la folie et du fou. Ce phénomène anthropologique n'est pratiquement pas posé à un niveau social, c'est-à-dire que la Société ne s'est pas encore préoccupée de trouver des solutions véritables aux problèmes qu'il pose.

Des connaissances fragmentaires ont progressivement fait émerger le phénomène du domaine confus de la magie et de la démonologie qui avaient pendant bien longtemps tenu lieu de science mais aucun système cohérent faisant la somme des connaissances au sujet de la folie n'existe.

Le "Grand Renfermement" de 1656, dont parle Michel Foucault, a certes frappé les fous mais c'est en compagnie de tous ceux qu'une société parvenue à un niveau d'organisation assez avancé ne peut tolérer, qu'ils se retrouvent à l'Hôpital Général. Dans ce rassemblement hétéroclite de tous ceux qui ne peuvent s'insérer dans la société (donc sans domicile), se plier à l'ordre qu'elle établit et qui représentent un danger car ils témoignent des

échecs de cette société, le fou n'occupe pas de place spécifique. C'est en tant qu'objet de scandale parmi d'autres qu'il est enfermé. Le problème de la folie en tant que tel n'est jamais posé et le "Grand Renfermement" n'est pour le fou, ni une mesure d'assistance, ni une mesure de soins, mais un simple acte de Police. La seule solution trouvée à l'époque est donc répressive et ségrégative.

Les conséquences du "Grand Renfermement" sont cependant capitales pour l'avenir et de plusieurs ordres :

- désormais lorsqu'il sera question de traiter les fous, il sera toujours question d'hôpital,
- d'autre part, la structure hospitalière conservera, en raison de ses origines historiques, une structure de renfermement.
- enfin, la structure de soins destinés aux malades pauvres, indigents, à tous ceux qui ne sont pas insérés socialement, n'ayant pas de domicile, considérés comme marginaux et nécessitant donc l'Assistance de la Société, sera désormais et pour longtemps exclusivement hospitalière.

Ainsi, dès cette époque, tous les obstacles sont réunis pour que l'idée de soigner les habitants chez eux ne puisse apparaître.

•

, •

Le problème de la folie n'est posé en tant que problème spécifique et en terme de soins à apporter à des malades qu'à la période Révolutionnaire qui remet en cause l'ancien système hospitalier hérité du XVIII^e siècle.

On trouve déjà dans les Cahiers de revendications du Tiers Etat de telles préoccupations :

"on s'occupera plus sérieusement qu'on ne l'a fait jusqu'ici dans les hôpitaux de l'Art de guérir les maniaques. On croit avoir tout fait quand, en les enserrant dans des réduits obscurs, capables d'altérer la raison de l'homme le mieux constitué, on les a mis hors d'état de nuire à leur semblable. On abolira l'usage barbare de les donner en spectacle comme des bêtes féroces pour un vil tribut et nous tâcherons s'il se peut d'effacer ce fait des annales du XVIII^e siècle" (cité par BOLLOTTE).

Le problème de l'Hôpital Général, hôpital des pauvres et des exclus, est posé en termes neufs. Il n'est plus seulement question de répression mais d'Assistance et c'est le Comité de mendicité de la Constituante qui est chargé d'élaborer un "Plan National d'Assistance".

Ce Comité propose la confiscation des biens hospitaliers au profit de l'Etat et étudie un plan complet de "Service de Santé National". En ce qui concerne les fous, il estime que "deux hopitaux destinés à la guérison de la folie sont nécessaire à établir dans la capitale".

La Convention ira plus loin en proposant la suppression des hôpitaux et l'organisation de soins à domicile sous l'égide de l'Etat, mais après Thermidor, on reviendra à des solutions hospitalières.

Il y a donc, durant la période Révolutionnaire, une remise en cause de l'ensemble des structures sanitaires. La préservation de la santé des citoyens est considérée comme le devoir de l'Etat et dans ces conditions les soins à domicile apparaissent comme une nécessité.

Les solutions effectivement mises en pratique, après la réaction Thermidorienne, porteront la marque de l'idéologie dominante libérale et conservatrice qui réduira l'intervention de l'Etat dans le domaine sanitaire au strict minimum, laissant l'initiative aux organismes privés et charitables et ces solutions seront conformes à la tradition c'est-à-dire hospitalières.

Dans le contexte général de réformes dans le domaine sanitaire, il est question et pour la première fois de façon sérieuse de soigner les fous. Une des décisions importantes du Comité de Mendicité est la nomination de Pinel comme médecin à Bicêtre en 1792.

Quoi qu'il en soit, il en sera des fous comme des autres malades, c'est à l'hôpital exclusivement que leur traitement sera envisagé.

L'AVENEMENT DE LA SCIENCE - PINEL

De Pinel, l'Histoire a surtout retenu l'acte exemplaire de libération des enchaînés de Bicêtre en 1793. Il est bien évident que son oeuvre ne peut s'y réduire et il serait naïf de croire que cet acte a transformé à lui seul le problème de la folie. Il serait faux également de le réduire à son aspect charitable ou philanthropique ou, comme le fait Michel Foucault, à un mythe, à ce "gigantesque emprisonnement moral qu'on a l'habitude d'appeler..... la libération des aliénés par Pinel et par Tuke".

Cet acte a, certes, une valeur essentiellement symbolique mais sa survenue ne relève pas du hasard. Il n'a été possible que parce que les conditions historiques s'y prêtaient : C'est au coeur de la Révolution Française, qu'il accomplit et il vient, dans ce contexte révolutionnaire, cristalliser, traduire en clair, les modifications confuses survenues dans les conceptions au sujet de la folie.

Pour la première fois, à cette époque, il est explicitement question du fou comme d'un malade et cette vision nouvelle fonde, en fait, la psychiatrie. La folie en entrant dans le domaine médical devient l'objet d'une connaissance scientifique :

"Les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante et dont on doit chercher, par les moyens les plus simples à rétablir la raison égarée".

A cette conception du fou comme malade correspond, chez Pinel, une conception pathogénique :

"On serait étranger aux vraies notions de l'aliénation si on ne remontait pas à son origine la plus ordinaire : les passions humaines devenues très véhémentes ou aigries par des contrariétés vives"

et des principes thérapeutiques dont le plus saillant est le principe d'isolement :

Il est si doux en général pour un malade d'être au sein de sa famille et d'y recevoir les soins d'une amitié tendre et compatissante que j'énonce avec peine une vérité triste mais constatée par l'expérience la plus répétée, la nécessité absolue de confier les aliénés à des mains étrangères et de les isoler de leurs parents. Les idées confuses et tumultueuses qui les agitent et que fait naître tout ce qui les environne; leur irascibilité sans cesse mise en jeu par des objets imaginaires, des cris, des menaces, des scènes de désordres ou des actes d'extravagance; l'usage judicieux d'une répression énergique, une surveillance rigoureuse sur les gens de service..... demandent également un ensemble de mesures adaptées au caractère particulier de cette maladie qui ne peuvent être réunies que dans des établissements qui leur soient consacrés...".

Ainsi avec Pinel apparaît, à propos de la folie, un ensemble de notions théoriques et pratiques qui constitue l'ébauche d'une science. La valeur de cet ensemble peut paraître contestable à notre époque, cependant à notre avis cette valeur ne peut être appréciée que relativement au contexte historique dans lequel cet ensemble apparaît.

Le fait important à souligner, à propos de Pinel, est que le fou est élevé au rang de malade mais au rang de malade hospitalisé, le médecin étant pour sa part le médecin des fous enfermés. En ce sens, il n'y a pas véritablement de rupture par rapport au passé. Il est certes question de traitement mais celui-ci est envisagé dans la structure de renfermement héritée du grand siècle.

Quoi qu'il en soit, Pinel démontre que la folie est curable et pas seulement par des actes exemplaires. L'oeuvre qu'il accomplit à Bicêtre puis à la Salpêtrière, faite d'efforts longs et patients pour améliorer le sort des malades portera ses fruits.

- CONCEPTION DE L'ASILE - ESQUIROL

Ces conceptions sont reprises et développées peu après par Esquirol :

"L'isolement des aliénés (séquestration, confinement) consiste à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs,

en l'entourant d'étrangers, en changeant toute sa manière de vivre"... la sensibilité des aliénés est pervertie... ces malades n'ont plus avec le monde extérieur que des rapports anormaux, par conséquent douloureux... tous les blesse, tous les déchire, tout leur est odieux... Des privations que l'isolement impose naissent des phénomènes précieux pour la guérison. La privation des personnes devenues indifférentes ou même odieuses depuis la maladie réveille les anciennes affections affaiblies, éteintes ou perverties".

Dans ces définitions du principe d'isolement, deux aspects essentiels apparaissent : l'aspect ségrégatif et l'aspect thérapeutique.

L'isolement est pensé comme thérapeutique à la fois parce qu'il soustrait le malade à ces "rapports anormaux qui le blesse et le déchire", et parce qu'il lui fait vivre une expérience nouvelle, dans un cadre différent "changeant toute sa manière de vivre".

On peut voir dans ce principe d'isolement l'acte de naissance de l'asile. C'est en effet dans "des établissements qui leur sont consacrés" que les aliénés pourront changer toute leur manière de vivre, par la mise en oeuvre de moyens adaptés. Ce n'est donc pas seulement dans la séparation du milieu que réside l'effet thérapeutique de l'isolement, mais également dans une existence en collectivité régie par des principes thérapeutiques.

Ces établissements spéciaux dont Esquirol disait : "je voudrais qu'on les nomma asiles", sont pensés en eux mêmes, comme des agents thérapeutiques selon la formule célèbre de 1822 :

"une maison d'aliénés est un instrument de guérison, entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales".

Ainsi, à cette époque, tout un édifice conceptuel nouveau est réalisé au sujet du fou désormais défini comme aliéné et de la folie définie comme aliénation mentale. Il s'agit d'un progrès notable pour le temps puisque le fou possède un statut : celui d'un malade qu'il faut soigner.

Cependant, bien des ambiguïtés persistent. Le principe d'isolement, lui même, avec son double aspect ségrégatif-répressif et thérapeutique est marqué de cette ambiguïté car la limite entre les deux aspects demeure bien imprécise, permettant toutes les distorsions.

La Loi du 30 juin 1838 - Loi d'exception :

Le fou, en devenant un malade a acquis un statut, avons-nous vu. Ainsi est reconnue l'originalité du fait de folie.

De la masse confuse des mendiants, indigents, infirmes, vagabonds, prisonniers, correctionnaires réunis depuis le Grand Siècle, les fous sont extraits, mis hors la loi commune, soumis à une loi qui ne s'applique qu'à eux. Cette loi du 30 juin 1838 sur les "aliénés" est donc une loi d'exception : l'ensemble des mesures législatives qu'elle regroupe : hospitalisation par décision administrative, soins imposés, protection des biens, constitue un monde à part et clos, le monde de l'internement.

La loi définit un espace juridique qui enserme le monde de la folie et l'exclut. On retrouve à ce niveau la même ambiguïté que contient en germe le principe d'isolement : protection du malade et traitement, mais aussi protection de la société et ségrégation de l'individu réputé "aliéné" dans un espace hermétiquement clos; aspect thérapeutique et aspect répressif.

Autre particularité de cette loi : son aspect de loi du tout ou rien. L'ensemble des mesures législatives s'applique en bloc à tout "aliéné" même si certaines mesures sont à l'évidence inutiles et même nuisibles : l'hospitalisation notamment. D'autre part, seul le malade interné est l'objet de ces mesures de traitement et d'assistance.

Malgré tout, il ne s'agit pas de refaire l'histoire. Cette loi est le reflet de l'idéologie dominante de l'époque et ne peut être jugée que par rapport à celle-ci. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas seulement une loi de police, mais une véritable doctrine cohérente d'Assistance. Elle représente, dans le contexte historique où elle apparaît, un progrès en ce qu'elle reconnaît l'existence du fait psychiatrique au niveau social.

Il est bien évident qu'à l'époque actuelle, la persistance inchangée de ces dispositions légales plus de cent ans après leur promulgation, ne peut paraître qu'anachronique.

Ainsi à cette époque, l'édifice cohérent et spécifique à la folie, à la fois conceptuel et juridique est conçu. Que va-t-il en advenir sur le plan pratique ?

L'édification de l'appareil asilaire :

Quelques années vont s'écouler, encore, avant que ces "établissements spéciaux et autonomes, hôpitaux de capacité limitée à 150 à 200 malades " que préconisait Esquirol voient le jour. Une cinquantaine d'Asiles provinciaux sont cependant créés en 15 ans ce qui est notable.

A Paris, lorsque la loi est promulguée il n'existe que deux établissements soignant les aliénés : Bicêtre et la Salpêtrière.

Le projet d'Hausmann, création de 10 asiles de 600 lits ne sera réalisé que partiellement. Sainte Anne est construit en 1867, Vacluse et Ville-Evrard en 1869. La création de l'Infirmierie Spéciale du Dépôt vient compléter cet ensemble et lorsqu'en 1874, le Service des Aliénés est retiré à l'Assistance Publique et confiée à la Préfecture de la Seine, l'Appareil Asilaire est pratiquement en place, complètement distinct des Hôpitaux Généraux.

Parallèlement, vers la même époque, la "science" psychiatrique est enseignée officiellement lorsqu'est créée, en 1879, la Chaire de Clinique des maladies mentales, mais, paradoxalement, tandis que les structures soignantes de la psychiatrie se distinguent totalement de celle de la médecine, l'enseignement de celle-ci se dégage mal du domaine de la médecine interne. Les titulaires de la Chaire qui vont se succéder après B. BALL seront d'ailleurs tous Médecins des Hôpitaux. Le postulat organiciste qui préside à cet enseignement exprime le désir de faire de cette "science" psychiatrique une discipline médicale à part entière.

Ainsi, au niveau des institutions soignantes, en reconnaissant l'originalité du fait psychiatrique, on l'isole et l'aliène, parallèlement au niveau de l'enseignement, fondue dans le domaine médical, la psychiatrie perd tout ce qui fait sa spécificité et sa substance.

Une double ségrégation est donc instituée de cette époque : ségrégation des institutions de soins psychiatriques par rapport au vaste domaine de l'hospitalisation générale d'une part et par rapport aux propres structures enseignantes de la psychiatrie d'autre part.

- DEGRADATION DE L'ASILE

Nous l'avons vu, le principe d'isolement qui est le fondement de la psychiatrie asilaire présente une double polarité : ségrégation et thérapeutique.

Malheureusement, ce principe est suffisamment mal défini pour qu'il soit difficile de distinguer clairement où s'arrête la thérapeutique et où commencent la ségrégation, voire les conduites répressives. Ainsi, l'organisation asilaire contient, dans son principe même et dès sa création les germes des pires déviations. Il s'agit bien d'une organisation à visée soignante mais c'est aussi un espace juridique, celui où s'applique la loi de l'internement. Cette organisation ambiguë destinée à soigner mais aussi à faire appliquer la loi, devait très rapidement glisser vers l'oppression.

En raison de ses structures, hiérarchisées et centralisées, cette organisation ne pouvait que subir les déviations habituelles à ce genre de structure, la principale étant l'emprise toujours plus prégnante de la bureaucratie.

Le poids bureaucratique va, en effet, peser de plus en plus lourdement sur l'Asile, infléchissant son fonctionnement dans le sens ségrégatif au détriment de son sens thérapeutique. Ainsi, les impératifs administratifs vont passer avant ceux du traitement malgré les efforts de nombreux médecins mais avec la caution plus ou moins volontaire de quelques autres.

L'Asile apparaît très rapidement organisé, non en fonction de l'intérêt des malades mais en fonction de points de vue strictement économiques, d'ailleurs mal compris car son fonctionnement s'avère rapidement coûteux, les résultats thérapeutiques étant loin d'être en rapport.

La dégradation de la fonction soignante fait de l'Asile un système non plus tourné vers l'extérieur mais fermé sur lui même. Au lieu de rendre les malades à la vie sociale, il crée une sédimentation et l'essentiel de sa fonction apparaît comme "l'administration" d'une population ségrégée du reste de la société. Le sur-encombrement, conséquence logique de la sédimentation accentue encore la dégradation de la fonction soignante.

Tout ceci aboutit, par une sorte de cercle vicieux à faire de l'asile, un système aliénant, oppressif, coûteux mais très peu efficace, réduit très rapidement à exploiter sa main-d'oeuvre de malades pour fonctionner dans une sorte d'autarcie. C'est là, nous dira-t-on, une vision très négative et monolithique de la psychiatrie Asilaire. Nous savons, certes, que des conceptions et des initiatives de progrès sont apparues au sein même de cette organisation et nous allons d'ailleurs les envisager maintenant, mais nous savons aussi combien peu d'échos elles ont trouvé à l'époque où elles apparurent puisqu'elles n'ont pas permis de modifier fondamentalement une organisation dont nous voyons encore actuellement les persistances et les nocivités.

La notion essentielle que l'on peut tirer à ce sujet est que l'hôpital, lorsqu'il représente l'unique structure de soins, contient en lui-même les germes de dégradation de la fonction soignante car dans une structure hospitalière les impératifs administratifs deviennent nécessairement pléthoriques. Cette leçon n'est pas seulement valable pour l'hospitalisation psychiatrique elle l'est aussi pour l'hospitalisation générale.

- LES INITIATIVES DE PROGRES

Par initiatives de progrès, nous voulons parler des prises de position, des actes qui ont non seulement tenté de s'opposer à la dégradation de l'asile,

mais ont été à contre courant en préconisant des solutions permettant aux malades de vivre hors de l'asile, hors d'une structure hospitalière préfigurant une psychiatrie véritablement désaliéniste où les activités psychiatriques à domicile deviennent une nécessité. Là encore, il paraît impossible d'énumérer toutes ces initiatives mais plutôt de dégager les plus importantes.

- Le No Restraint - Morel

Morel dès 1860 prêche pour un renouveau de la psychiatrie asilaire dont il dénonce le caractère oppressif :

"Serait-il vrai ainsi que me l'ont donné à entendre plusieurs médecins aliénistes que la réforme opérée par Pinel et ses successeurs ait réalisé tout ce qu'il était permis d'en attendre et que vouloir exiger davantage serait- peut être compromettre ce qui a été obtenu dans cette période que l'on peut, avec une certaine justesse appeler période philanthropique.

J'ai cependant peine à croire qu'il ne reste plus rien à faire dans ce sens et bien des personnes croient avec moi que la confiance aux moyens coercitifs est encore excessive dans plusieurs de nos établissements. "

A propos de la description des remarquables réalisations Anglaises impulsées dès 1849 par Connolly à Hanwell, démontrant l'inutilité et la nocivité des conduites répressives, c'est une remise en cause plus générale du fonctionnement de l'asile dans ses aspects de renfermement qui est faite, un plaidoyer pour un renouveau de sa fonction soignante :

" le No Restraint n'est pas une méthode qu'il suffise de prôner et d'imposer officiellement... il n'est au contraire que la conséquence naturelle de toutes les améliorations dont les médecins d'aliénés sentent impérieusement le besoin".

En dépit de la critique du renfermement qui est faite, il est rarement question chez Morel de soigner les malades hors de l'asile malgré certaines idées exprimées par lui au sujet d'une assistance à domicile et familiale :

"des économistes distingués se demandent si la bienfaisance publique ne devrait pas s'exercer à l'égard de certains infirmes en leur venant en aide dans leurs propres familles". (cité par L. Bonnafé - AMP 1865 - T.1 p.143)

ou encore :

"je pense pour ma part que la tendance à isoler les aliénés est trop absolue et que dans beaucoup de circonstances, il serait possible de soigner les malades chez eux. Malheureusement, la position d'isolement trop absolue faite aux aliénés réagit sur les médecins qui dévouent leur existence à une tâche aussi ingrate. Il existe entre eux et les médecins de la vie civile une démarcation profonde, de sorte qu'ils ne peuvent se suppléer dans les circonstances difficiles que fait aux familles, l'explosion de la folie d'un de ses membres" (AMP Tome 1, p.145).

- L'Open Door et la colonisation (asile-colonies)

Dès 1820 à Bicêtre, en 1832 à la Ferme Sainte Anne sous l'impulsion de Ferrus, des tentatives sont faites pour permettre aux malades de l'asile une existence en liberté au sein d'une Colonie Agricole. Cependant c'est surtout en Allemagne qu'apparaissent les premiers Asiles Colonies composés d'un hôpital central réservé au traitement des malades aigus et d'une Colonie Agricole périphérique pour les malades chroniques ou convalescents.

- BRIERE de BOISMONT (cité par P. SERIEUX) :

"il est hors de doute que des milliers d'aliénés sont aptes à jouir d'une liberté convenable sans être enfermés entre les hautes murailles de leurs quartiers respectifs".

- FOVILLE (cité par P. SERIEUX) :

"la colonie doit recevoir cette foule de chroniques qui constituent le trop plein de l'asile. La vie de la colonie doit se rapprocher des habitudes de la vie ordinaire... il est impossible quand il s'agit de l'organisation de l'asile d'aliénés de ne pas tenir compte de cette aspiration à la liberté qui dans la bouche même des imbéciles, des idiots, prend la forme d'invocations touchantes : c'est un besoin réel dont l'expression aurait dû ouvrir les yeux aux amis du système claustral qui ont mis tant de soins à élever des murailles, comme si la privation de la liberté n'était pas faite pour en accroître le désir".

Il s'agit là d'initiatives très importantes puisqu'elles démontrent la possibilité pour une majorité de malades de mener une existence aussi proche que possible des "habitudes de la vie ordinaire", cependant cette liberté n'est en fait accordée qu'aux aliénés dits chroniques et inoffensifs et ces tentatives de colonisation sont loin d'être généralisées. La critique du système claustral ne va pas jusqu'à l'abandon de ce système et notamment l'idée que les malades puissent être soignés en dehors de toute institution n'apparaît pas encore.

- Les sociétés de Patronnage :

Ces sociétés destinées à "assister" les malades sortis de l'asile, créées à une échelle importante en Angleterre et en Allemagne apparaissent plus tardivement en France (oeuvre Falret 1841). Voici ce qu'écrivait à ce sujet Monod, Directeur de l'Assistance Publique en 1889 :

"les aliénés guéris et ceux dont l'état mental est suffisamment amélioré pour que leur sortie de l'asile où ils étaient en traitement puisse être autorisée, sont fréquemment exposés à se trouver dans des situations de nature à amener des rechutes... Privés de traitement, privés des moyens de s'en procurer, les convalescents de l'aliénation deviennent des récidivistes parce que la société ne leur est pas venue en aide".

P. SERIEUX lui même :

"Ces Sociétés ont pour tâche non seulement d'assister les sujets qui sortent des asiles mais encore de les suivre une fois mis en liberté, de leur trouver des occupations appropriées, de s'occuper de leur réintégration en temps opportun en cas de rechute, d'assister leur famille pendant leur traitement... de se mettre en communication avec le Service des consultations externes des Asiles, de déraciner les préjugés concernant cette catégorie de malades".

Dès cette époque, l'intérêt pour le malade vivant hors de l'asile commence à naître et à s'exprimer clairement mais c'est en tant que sorti de l'asile que le malade est l'objet de cet intérêt. L'idée d'une prise en charge ambulatoire ou à domicile, préalable à toute hospitalisation n'est pas encore formulée. La conception du traitement reste donc foncièrement hospitalo-centrique.

- Le problème de l'Assistance à l'enfance : Bourneville 1867

Sur ce point, là encore, l'exigence d'une "assistance" réelle commence à se faire jour au moment, rappelons-le où l'enseignement devient laïc et obligatoire c'est-à-dire considéré comme un devoir d'Etat.

Le caractère obligatoire de l'enseignement pose le problème des enfants qui ne parviennent pas à s'adapter au milieu scolaire.

Bourneville propose une doctrine d'assistance différente de celle appliquée jusqu'alors aux adultes, écartant au maximum et a priori les solutions institutionnelles, en des termes qui paraissent remarquables pour l'époque.

"Il est un principe qui doit toujours guider en matière d'Assistance : c'est qu'on doit assister les malheureux le plus près possible de leur domicile, et toutes les fois que cela se peut à domicile. A notre avis, conforme à celui de tous les hommes qui se sont sérieusement occupés de cette question et ont voulu substituer à l'aumône et à la charité une assistance vraiment républicaine, il ne faut recourir à l'hôpital ou à l'hospice que si l'assistance à domicile ne peut pas être faite. inutilement".

Dès cette époque cependant la carence des Pouvoirs Publics est déjà soulignée :

"on ne se douterait certes pas .. qu'on est dans la Patrie de l'homme (Seguin) qui a créé le traitement et l'éducation des idiots. On est en droit de s'étonner que des créations faites en aussi grand nombre à l'étranger n'aient pas excité l'Administration de notre pays... L'étonnement redouble lorsqu'on se souvient du mémoire si éloquent adressé en 1859 à cette Administration par notre vénéré Maître Delasiauve... ce n'est que depuis 10 ans que la question de l'assistance et du traitement des enfants idiots a été reprise en France".

Cette question de l'assistance à l'enfance, posée historiquement plus tardivement que celle des adultes et de façon hétérogène sera réglée en fait de la même manière c'est-à-dire dans un cadre institutionnel. L'hôpital avait déjà été la solution unique d'assistance pour les adultes qui ne peuvent s'intégrer à la société; il sera également la solution proposée pour les enfants qui ne peuvent s'intégrer au milieu scolaire. Ainsi une scission d'importance est créée entre les problèmes de l'assistance aux adultes et aux

enfants. En effet, le problème de l'enfance posé en termes hospitaliers entraîne logiquement la nécessité d'un appareil hospitalier distinct de celui des adultes. Ce problème à l'inverse étant posé au domicile, au sein de la famille, près des besoins, ne peut être séparé de celui des adultes et la possibilité d'une psychiatrie familiale existe.

- Le Placement Familial :

C'est en Ecosse, au cours du XIXe siècle et inspirée d'un système analogue en vigueur à Gheel depuis plusieurs siècles que cette réalisation prend toute son extension, à tel point qu'à la fin du siècle 21 % des aliénés écossais sont placés dans des habitations privées.

En France, ce système n'est introduit qu'avec retard, sous une forme très restreinte et quelque peu différente du système écossais, réalisant un compromis entre la colonie Agricole et le placement familial. Les Colonies Familiales de Dun sur Auron (1892) et d'Ainay le Chateau (1900) représentent les seules réalisations françaises dans ce domaine. Une conception extrêmement intéressante, prouvant qu'un grand nombre de malades peuvent vivre dans une structure non asilaire, dans un milieu familial est donc loin de trouver tout l'écho qu'elle mérite.

Les réalisations d'autre part apparaissent, par rapport aux principes comme très approximatives. L'implantation des Colonies Familiales dans des régions pauvres où elles constituent une sorte d'industrie locale a comme conséquence que le malade, s'il est intégré à un milieu familial, l'est au prix d'un éloignement très important par rapport à son milieu de vie habituel.

- Bilan de la Psychiatrie Française au début du XXe siècle : P. SERIEUX 1903

Toutes les tentatives destinées à permettre aux malades de vivre hors de l'asile demeurent exceptionnelles et ne mettent pas en cause fondamentalement l'appareil asilaire.

L'état de la Psychiatrie Française au début du siècle, attesté par le monumental rapport de Paul Sérieux n'est rien moins que catastrophique. P. Sérieux le dénonce, avec courage et lance un cri d'alarme :

"Les asiles d'aliénés, il faut bien le dire sont encore trop exclusivement considérés par les autorités administratives et la plupart des assemblées de nos départements, comme une renfermerie d'incurables, comme un hospice dont le seul but est de maintenir séquestrés des sujets infirmes ou dangereux, des parias pour lesquels il semble qu'on dépense toujours trop... et nous sommes ainsi arrivés cent ans après Pinel à ce lamentable résultat de voir les aliénés dont sans cesse on proclame la dignité de malades, rabaissés à la triste condition de détenus".

A cet état, P. Sérieux attribue essentiellement deux ordres de cause : l'attitude des autorités administratives et la dégradation de la fonction médicale :

"Ces grands asiles où les médecins en chef sont absorbés par leurs devoirs d'administrateurs qui les transforment... en gros fermiers et les forcent trop souvent à négliger la partie médicale de leurs devoirs" (Féré cité par P. Sérieux).

"Il faut avouer qu'au point de vue des rapports entre Médecins chefs, traitants et assistants, le pays où règne le caporalisme n'est pas celui qu'on pense. Nous avons montré le régime despotique de la plupart de nos asiles, où l'on redoute comme le pire danger de laisser une ombre d'initiative aux adjoints qui devraient être de précieux collaborateurs".

P. Sérieux prêche donc pour un renouveau du fonctionnement asilaire. Il propose des solutions qui en fait manquent de systématisation et surtout, c'est à l'intérieur du système asilaire que des aménagements sont proposés. Il n'est pas véritablement question de réforme de l'Assistance Psychiatrique dans sa globalité malgré des déclarations pleines d'espoir :

"Les jours de l'asile, de la garderie d'aliénés sont comptés !"

La critique de la renfermerie ne parvient pas encore à déboucher sur des structures de soins tournant le dos à la renfermerie c'est-à-dire des structures non hospitalières.

Pourtant, à la même époque la notion d'"Assistance" dans la famille ou à domicile commence à entrer dans les préoccupations :

"De toutes parts, des tendances nouvelles se manifestent dans le sens de l'extension et de la réorganisation des services de bienfaisance, de traitement à domicile et de secours aux familles..."

"... il importerait de déplacer notablement le centre de gravité des systèmes d'assistance dans le sens des secours de tous genres en famille et à domicile... il s'agit donc de rien moins que de faire de l'assistance en famille la règle, le placement dans les asiles centralisés restant l'exception... en conservant ces derniers désencombrés et ramenés à leur vrai but, on développerait désormais l'assistance à l'enfant, à l'adulte comme au vieillard dans la famille même... C'est aujourd'hui encore le privilège des classes supérieures d'éviter l'hôpital : pourquoi ne pas espérer que demain cet avantage puisse être réservé au travailleur et à l'indigent toutes les fois que cela sera possible. " Congrès d'Assistance dans la famille 1901.

"Certaines vésanies ne nécessitent pas l'isolement mais le maintien en famille. Ainsi donc, en dehors de tout préjugé théorique et par la seule constatation des faits nous voyons paraître ici d'elles mêmes et la possibilité et la nécessité d'un traitement à domicile qui s'accompagnerait, nous parlons de la population pauvre, d'un traitement par le Dispensaire pour les malades pouvant s'y rendre, ce dispensaire donnant par sa proximité toutes facilités pour des consultations fréquentes..."

"Voici donc une nouvelle assimilation des malades mentaux aux malades organiques et une application de plus de ce principe si souvent soutenu à la Société des Médecins de Bienfaisance de Paris... que le traitement chez soi ne doit céder le pas au traitement hospitalier que dans les circonstances strictement déterminées. Ajoutons aussi l'avantage moral incontestable surtout à notre époque de désorganisation familiale au maintien chez lui de celui des membres de la famille que la maladie a frappé (MANHEIMER - GOMES) - Congrès de Tunis 1912).

De telles prises de positions apparaissent comme prophétiques et ne trouvent que très peu d'échos .

- Le Service Libre - Edouard Toulouse :

La contribution d'Edouard Toulouse à l'entreprise de désaliénation est importante. A partir d'une critique vigoureuse de l'internement :

"ni les mesures prises pour placer les aliénés sous un contrôle incessant des autorités administratives et judiciaires, ni les réformes récentes qui tendent à transformer l'asile en un hôpital ouvert ne peuvent rassurer l'opinion qui conserve une méfiance que rien n'entame. L'asile restera la Bastille moderne, même quand on aura démoli ses murailles, si l'internement des malades qui y sont placés demeure la règle intérieure. Et cependant cette loi fait de l'internement le principe de toute assistance, la loi ne prévoit pas l'assistance de ces malheureux en dehors des établissements fermés".

E. Toulouse est amené à défendre non seulement l'idée du service libre au service ouvert, mais également à envisager des formes de traitement non asilaires.

"L'isolement n'est pas toujours utile au malade et quand il l'est, il peut être réalisé ailleurs que dans un asile. Un aliéné riche est souvent isolé et traité dans sa propre famille, et beaucoup d'aliénés pauvres peuvent actuellement dans le département de la Seine être placés dans des familles étrangères".

La création en 1922 du Centre Henri Rousselle, Service de Prophylaxie mentale de la Seine vient concrétiser ces vues puisque ce Centre offre un large éventail de possibilités thérapeutiques: consultations externes, unités de recherche et d'enseignement, visites à domicile, unité d'hospitalisation (qui ne représente plus qu'un élément de l'ensemble et non plus le pôle exclusif). Cette initiative aboutit malgré tout à un échec essentiellement en raison de l'insuffisance des moyens mis en oeuvre par rapport aux tâches envisagées.

Le service ouvert n'est pensé par Edouard Toulouse que par opposition au service fermé, comme moyen pour un petit nombre de malades d'échapper à l'internement, la majorité y restant soumise. Beaucoup plus tard d'ailleurs E. Toulouse reviendra sur cette manière de voir :

"que les hôpitaux psychiatriques deviennent des hôpitaux semblables aux hôpitaux généraux, composés de quartiers ouverts, les plus nombreux et d'un petit service fermé pour les aliénés dangereux"(Note de 1945, sur la réforme de la loi de 1838 citée par L. Bonnafé.)

Quoiqu'il en soit il n'est pas encore question de détruire l'internement et de refonte de l'organisation de soins psychiatriques; le centre Henri Rous-selle demeure une création isolée et à portée limitée.

Ces diverses conceptions de progrès, malgré leur caractère désalié-nant ne trouvent donc que peu d'échos ou sont à l'origine de réalisations dé-gradées par rapport aux principes que les soins tendent.

Malgré toute leur valeur, c'est comme tentatives d'amélioration du sys-tème asilaire qu'elles sont proposées mais jamais il n'est réellement ques-tion d'une remise en cause de l'organisation de soins psychiatriques dans son ensemble. Il s'agit d'aménagements partiels qu'aucune conception glo-bale n'anime. L'idée de soigner le malade chez lui, notamment, émerge ra-rement ou reste du domaine des vœux pieux.

En dépit de tous les progrès scientifiques réalisés dès la fin du XIXe siècle, tant en ce qui concerne la compréhension de la maladie mentale que sa thérapeutique, l'asile poursuit sa carrière, égal à lui même.

On ne peut clôturer ce chapitre sur les initiatives qui annoncent et prépa-rent une psychiatrie désaliéniste sans souligner l'importance capitale de l'ap-port Freudien à l'entreprise de désaliénation. Cet apport est de plusieurs ordres : la psychanalyse a fourni le premier outil scientifique de compréh-en-sion des faits psychiques en donnant un sens à la pathologie mentale et un sens relationnel. Ainsi le symptôme est envisagé comme un "langage" ce qui replace le malade et la maladie dans une perspective véritablement humai-ne.

Un aspect essentiel de cet apport est constitué par la mise en évidence de l'importance des relations familiales dans la formation de la personnalité et de ses déviations pathologiques. La connaissance de ces aspects relationnels a fait de la relation soignant-soigné l'axe essentiel de toute thérapeutique et a fourni les éléments pour une analyse critique du fonctionnement de l'asile,

pour une prise de conscience du caractère antithérapeutique et donc antiscientifique de toute structure de soins oppressive de toute renfermerie.

A partir du modèle de la cure psychothérapique ambulatoire, la démonstration a été faite que des possibilités thérapeutiques existaient en dehors de toute institution.

Ainsi la contribution de la psychanalyse a l'émergence d'une psychiatrie désaliéniste apparaît-elle comme irremplaçable. Cependant, l'exercice presque exclusif de celle-ci dans ses propres institutions nous paraît avoir limité considérablement cet apport.

- LE RENOUVEAU

C'est au cours et surtout à la fin de la Seconde Guerre Mondiale, lors de la Libération que les signes évidents d'un renouveau apparaissent en France. Plusieurs faits importants en avaient constitués les signes prémonitoires : l'apparition des traitements de choc avait fait progresser l'efficacité thérapeutique, l'accession du personnel infirmier à un véritable statut professionnel et technique par l'obtention des 40 heures lors des luttes sociales du front populaire avait contribué à redonner à l'asile (dénommé dès lors Hôpital Psychiatrique) sa fonction d'institution thérapeutique, l'élargissement des préoccupations psychiatriques au domaine de l'enfance par l'apparition de consultations assurées par des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques dans les Hôpitaux Généraux démontrait que la psychiatrie publique pouvait rendre des services hors de l'asile. Enfin, un élément nouveau était progressivement introduit dans le dispositif psychiatrique sous la forme de Dispensaires d'Hygiène Mentale. Le principe de leur création avait été posé dès 1937 (Circulaire du 15 octobre 1937).

Dès avant la guerre quelques réalisations de ce type étaient apparues notamment en province, d'abord principalement centrées sur le domaine psychiatrique infantile. Dans la région parisienne leur création est impulsée

vers 1942 donc durant l'occupation, par le Professeur Heuyer et R.H. Hazeman, Directeur de l'Office Public d'Hygiène Sociale du département de la Seine, effort auquel participent également L. Bonnafé, H. Duchêne et P. Fouquet. R.H. Hazemann, penseur fécond en matière de Médecine Sociale, adversaire de tout hospitalocentrisme dont il dénonce les persistances jusque dans les termes (extrahospitalier par exemple), peut être considéré comme l'un des inventeurs de ce que l'on appellera plus tard la Doctrine du "Secteur", pensée par lui comme non spécifique à la psychiatrie et applicable à l'ensemble de dispositif de Santé Publique.

L'apparition de ces dispensaires marque un pas très important. Pour la première fois à cette échelle, le service psychiatrique, organisme public met à la disposition du public des possibilités de traitement ambulatoire.

Un aspect capital est à souligner : ces Dispensaires sont dotés d'un Service Social. L'introduction d'un personnage nouveau, l'Assistante Sociale, familière du domicile, nous explique que, dès cette époque, le domicile du malade puisse entrer vraiment dans le champ des préoccupations psychiatriques. Par ailleurs, l'embryon d'une équipe psychiatrique est constitué.

Autre aspect important : à partir du Dispensaire, le médecin peut aller, lui même à domicile pour réaliser l'hospitalisation du malade qui devient ainsi un acte médical, évitant l'intervention traumatisante des forces de Police.

Ces modifications, pour importantes qu'elles soient ne peuvent cacher, cependant la misère globale de l'équipement psychiatrique qui apparaît dans sa cruelle réalité durant l'Occupation.

La psychiatrie subit, comme l'ensemble du pays, les conséquences de celle-ci non seulement au niveau de son équipement mais surtout au niveau de ses malades qui périssent par milliers de faim et de froid.

Ces tragiques évènements provoquent dans le monde psychiatrique une brutale prise de conscience. Dès 1942, au Congrès des Aliénistes à Montpellier, des voix courageuses se font entendre :

G. Daumezon : "Nous avons cru qu'un Congrès se réunissant en 1942 et qui ne signalerait pas l'effroyable hécatombe de malades à laquelle nous avons assisté depuis Juin 1940, non seulement ne rendrait pas compte d'un fait important mais faillirait à sa tâche..."

P. Balvet dénonçant : "La Grande Misère de l'Assistance Psychiatrique Française" : "nous essayons d'analyser un malaise, de l'amener péniblement à la conscience. Notre situation n'est plus tenable. Nous sentons le poids du rôle de gardiens auxquels nous sommes réduits, auquel par manque de vitalité nous nous sommes réduits, Continuer ainsi n'est plus possible..."

Ces paroles expriment à la fois l'exigence d'un renouveau de la fonction soignante de l'Asile mais aussi celle d'une "Assistance Psychiatrique" nouvelle :

"Si la psychiatrie française ne crée plus de thérapeutiques nouvelles et est même devenue incapable d'appliquer celles des autres, n'est-ce pas parce qu'elle est touchée en haut comme en bas dans sa cohésion organique"?

Il y a là, sous l'influence de circonstances historiques dramatiques, une prise de conscience du caractère foncièrement inadapté et archaïque de l'appareil psychiatrique français au niveau du corps médical des Asiles, au moins chez ses membres les plus lucides.

- L'expérience de Saint Alban 1942 - 1944

Ce renouveau de la fonction soignante de l'asile va trouver son expression concrète à l'hôpital psychiatrique de Saint Alban. Entamé par P. Balvet, F. Tosquelles, Médecin Espagnol réfugié en France après la guerre d'Espagne et Chaurrand, groupe auquel se joint L. Bonnafé après le départ de P. Balvet en 1942, ce travail est poursuivi activement jusqu'en 1944. Le fait primordial de l'expérience est l'unité du collectif médical.

Cette équipe médicale unie, organisée de façon collégiale, oriente l'ensemble du fonctionnement de l'hôpital dans une perspective réellement thérapeutique et joint à ses fonctions soignantes, des fonctions de recherche

au sein d'un groupe d'études dénommé de façon humoristique "Société du Gévaudan". Les recherches sont essentiellement centrées sur l'importance du rapport soignant-soigné comme axe de la thérapeutique, la nécessité de la personnalisation de ce rapport de même que sa continuité, sa poursuite hors de l'institution asilaire.

Cette expérience fait la preuve qu'une action désaliénante peut être menée dans une telle institution malgré des conditions très défavorables; il est démontré également que la condition indispensable au succès de cette entreprise est l'unité de l'institution, unité dont le fondement est la solidarité: solidarité au niveau du collectif médical, au sein de la collectivité des malades, ce qui est rendu possible par l'organisation de la vie collective permettant l'épanouissement des capacités restantes de chaque malade, solidarité entre soignants et soignés, solidarité entre la vie d'hôpital et celle de la collectivité environnante favorisée par le déplacement de l'équipe médicale vers le milieu de vie naturel du malade, à son domicile et la participation active de l'hôpital et de ses membres à la Résistance, élément circonstanciel très favorisant puisqu'il crée une sorte de complicité entre la vie de l'hôpital et la vie de la population avoisinante.

Ainsi était prouvée la valeur désaliénante non seulement de l'organisation thérapeutique de la vie de l'hôpital mais surtout des relations que celui-ci entretient avec l'extérieur, avec la collectivité. Le terme de "géopsychiatrie" créé par les animateurs de l'expérience rend compte d'une extension considérable du champ d'activité psychiatrique hors de l'hôpital, vers les besoins des habitants. En ce sens, l'expérience est plus qu'un renouveau de l'Asile, sorte de Néo Esquirolisme, elle débouche potentiellement vers une psychiatrie résolument non asilaire et non hospitalière que l'on peut appeler Post Esquirolisme indiquant ainsi que la conception exclusivement hospitalière du traitement est dépassée.

L'idée de soigner l'habitant chez lui peut ainsi émerger car elle n'apparaît plus comme un vœux pieux mais s'inscrit dans une conception radicalement nouvelle de la thérapeutique du trouble mental qui la rend applicable.

- LA REVOLUTION PSYCHIATRIQUE 1945 - 1947

Les années de guerre ont ébranlé fortement la Société Française et l'ont frappé dans ses forces vives. Le bilan à la Libération est assez désastreux, la nécessité d'une renaissance, d'une reconstruction s'impose. Les structures sanitaires du pays ont particulièrement été touchées et les structures psychiatriques plus que toutes autres. L'effroyable hécatombe de malades, la découverte de l'univers concentrationnaire qui a montré jusqu'ou pouvaient mener les attitudes ségrégatives poussées à l'extrême, ont entraîné une prise de conscience dans le monde psychiatrique. Un esprit de renouveau anime l'ensemble des psychiatres, un brassage fécond d'idées est favorisé par de nombreuses rencontres, des contacts avec les psychiatries étrangères notamment Anglo-saxonnes, ce qui permet la remise en cause des institutions de soins psychiatriques.

C'est dans ce climat National de Renaissance où la nécessité de changements profonds à tous les niveaux est proclamée, en particulier dans le domaine de la Santé Publique, que l'ensemble des psychiatres français participe dans un mouvement unitaire aux Journées Psychiatriques Nationales de Mars 1945, "Etats Généraux de la Renaissance Psychiatrique", organisées par l'Union des Médecins Français (Union issue de la Résistance).

Il est à souligner que ce mouvement s'inscrit dans un mouvement global du monde médical.

Au cours de ces journées, les "vœux des psychiatres pour la réorganisation de l'équipement psychiatrique" sont formulés en un programme en 24 points dont les premiers, les plus importants proclament :

"L'unité et l'indivisibilité de la prévention de la prophylaxie, de la cure et de la post-cure doivent être respectées au maximum".

"La compétence des psychiatres qualifiés doit être considérée comme étendue à tous les problèmes concernant la santé mentale, individuelle ou sociale, la réadaptation au milieu des sujets désadaptés".

Ainsi est formulée, sous le terme général d'Unité de "l'Assistance" psychiatrique, l'exigence d'une nouvelle manière d'envisager les problèmes psychiatriques qui ne sont plus limités à leurs aspects hospitaliers, mais posés, comme unis et indissociables, en terme de Santé Mentale d'une population. Le champ d'activité psychiatrique, les responsabilités du Service Public de psychiatrie et des médecins de ce service sont étendus à l'ensemble des besoins de la population en ce qui concerne la Santé Mentale. Les problèmes psychiatriques ne sont plus envisagés en fonction de l'institution hospitalière mais en fonction des besoins de la société. Ainsi, pour les psychiatres, la notion de responsabilité d'un secteur d'activité est substituée à celle d'une responsabilité uniquement hospitalière. La psychiatrie commence à sortir de la gangue hospitalocentrique où elle était enfermée depuis plusieurs siècles. La psychiatrie de "secteur" est née même si le terme n'a pas encore la valeur de mot d'ordre qu'il prendra plus tard. Les principes généraux en sont posés, notamment le caractère public de l'organe de protection de la Santé Mentale est affirmé à une époque où rappelons-le, est créée la Sécurité Sociale, organisme où les usagers dont le droit à la santé est proclamé, peuvent faire entendre leur voix et exprimer leurs besoins dans ce domaine.

Cette phase d'élaboration, de fermentation critique unitaire se poursuit et se consolide jusqu'au Secondes Journées Psychiatriques de 1947 au cours desquelles sont précisées et mises en forme les conceptions nouvelles dans deux rapports dont les titres sont significatifs des préoccupations de l'époque : "Le malade mental et la Société". "Au delà de l'Asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique ". L'appréciation que l'on peut porter sur cette période est dans l'ensemble très positive. En cette phase historique de remise en cause, de critique féconde, il y a bien révolution dans les idées.

Malgré une difficulté à se dégager des modes de pensée traditionnels, qui se manifeste même chez les plus lucides par exemple au niveau des formulations (Assistance Psychiatrique, extra hospitalier, post-cure), les principes d'une nouvelle psychiatrie s'élaborent avec des errements et des tâtonnements inévitables. Dans tout ce qui s'écrit durant cette période, il est ra-

rement et explicitement question de répondre aux besoins de la population au domicile, de soigner l'habitant chez lui. Cet aspect reste latent mais inclus dans les principes qui sous-tendent les conceptions nouvelles, principes qui témoignent que la conception hospitalocentrique de la thérapeutique psychiatrique est déjà dépassée.

- LA DOCTRINE DITE "DU SECTEUR" et SES AVATARS : de la théorie à la pratique.

Dans la période qui suit les Journées Psychiatriques de 1947, le mouvement de renaissance s'enlise, son unité s'effrite, un net reflux se fait sentir : les troisièmes journées projetées pour 1948, sur le thème de la "psychiatrie d'extension", ne verront jamais le jour.

Ce reflux est en rapport avec le frein mis à toute réalisation sociale par l'appareil d'Etat. En effet, l'accueil que trouvent les idées nouvelles auprès des Pouvoirs Publics est loin d'être en rapport avec les efforts déployés. Les réalisations concrètes restent encore fort éloignées des aspirations et des ambitions. L'appareil psychiatrique reste dans l'ensemble hospitalier et se dégage mal de son héritage asilaire.

Le mouvement psychiatrique français est par ailleurs frappé d'une déviation menaçante aussitôt critiquée et dénoncée par les plus lucides : la déviation psychocratique, expression du danger d'inflationnisme psychiatrique qui s'épanouit au Congrès de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale à Londres en 1948.

Quelques réalisations courageuses tentent cependant de concrétiser les idées nouvelles : Sivadon crée, avec l'aide de la Sécurité Sociale le premier centre de Traitement et de Réadaptation Sociale (CTRS) à Ville Evrard, suivi de L. Le Guillant à Villejuif et H. Ey à Bonneval. G. Daumazon, médecin directeur de l'établissement psychothérapique et Fleury les Aubrais met en oeuvre une véritable thérapeutique institutionnelle. Il est écarté de cet établissement, prélude à la disparition de la Direction Médicale des Hôpitaux Psychiatriques.

1. The first part of the paper discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. This is essential for the proper management of the company's finances and for ensuring that all parties involved are kept informed of the current status of the business.

2. The second part of the paper deals with the various methods of raising capital for the company. This includes the issuance of new shares, the borrowing of money from banks or other financial institutions, and the use of retained earnings to fund the company's operations.

3. The third part of the paper discusses the various methods of distributing the company's profits. This includes the payment of dividends to the shareholders, the use of profits to fund the company's expansion, and the use of profits to pay off the company's debts.

4. The fourth part of the paper discusses the various methods of managing the company's assets. This includes the purchase of new equipment, the sale of old equipment, and the use of assets to fund the company's operations.

5. The fifth part of the paper discusses the various methods of managing the company's liabilities. This includes the payment of the company's debts, the use of liabilities to fund the company's operations, and the use of liabilities to pay off the company's debts.

Le bel enthousiasme unitaire de la libération commence donc à s'atténuer, la division s'installe dans le mouvement réformateur qui s'enferme, apparaît à nouveau en marge dans le monde médical,

L'attachement aux structures traditionnelles domine, dans la mesure essentielle où ces structures demeurent pratiquement inchangées, les seules nouveautés se limitant bien souvent à un "replâtrage" de l'institution asilaire. Le problème de l'encombrement des hôpitaux psychiatriques revient à l'ordre du jour : la psychiatrie traîne le poids des institutions héritées du passé. La psychiatrie nouvelle ne peut se faire à partir et dans les structures de l'ancienne, sans moyens nouveaux.

Certes, la création des dispensaires d'hygiène mentale dont nous avons vu les débuts se poursuit à un rythme d'ailleurs assez rapide (270 en 1948, 330 en 1951, 360 en 1953).

Quoi qu'il en soit, le poids asilaire demeure, le dispensaire apparaît surtout comme un appendice de l'hôpital qui constitue encore le centre de gravité du dispositif de soins. Compte tenu des moyens du Dispensaire et de l'importance aberrante du secteur de population dont il a la charge, le travail à domicile ne peut être que très limité.

Malgré tout le mouvement critique ne s'éteint pas, il se poursuit même s'il n'a plus la force que lui donnait l'unanimité de 1945.

Son principal porte-parole est le mouvement syndical :

"Le Memorandum sur le problème de la Santé Mentale en France " 1950 rend compte de l'état de l'esprit de l'époque :

"L'espoir qui existait pour nous, lors des Journées Psychiatriques de 1945, en particulier, de pouvoir enfin réaliser un programme cohérent de réforme de l'Assistance Psychiatrique grâce à l'intérêt et à la confiance que les Pouvoirs Publics paraissaient nous accorder s'est évanoui. Nous nous voyons dans l'obligation de constater que nous nous sommes débattus, depuis plusieurs années, en activité non point certes stérile mais le plus souvent décevante. C'est la conscience de l'échec qui nous menace qui a conduit le Conseil Syndical à dresser un bilan de la situation, à s'efforcer de définir l'esprit et les modalités de son action future "...

4. The fourth part of the document addresses the challenges faced in the process of data collection and analysis. It highlights common pitfalls, such as incomplete data or biased sampling, and offers strategies to avoid them. The text also discusses the importance of staying up-to-date with the latest technological advancements in data management and analysis.

5. The fifth part of the document provides a summary of the key points discussed. It reiterates the importance of accurate record-keeping, the value of thorough data analysis, and the need for effective communication. The text concludes by expressing confidence in the company's ability to overcome any challenges and achieve its goals.

6. The sixth part of the document is a brief overview of the company's current status. It provides a snapshot of the company's financial performance, its market position, and its overall health. This section serves as a baseline for the analysis that follows.

7. The seventh part of the document is a detailed analysis of the company's performance over the past year. It examines various factors, such as sales growth, profit margins, and customer satisfaction, and provides a comprehensive overview of the company's strengths and weaknesses. This analysis is intended to provide a clear picture of the company's current state and to identify areas for improvement.

8. The eighth part of the document is a summary of the findings from the analysis. It highlights the key takeaways from the data and provides a clear, concise overview of the company's performance. This section is intended to provide a quick reference for anyone interested in the company's current state.

9. The ninth part of the document is a list of recommendations for the future. It provides a series of actionable steps that the company can take to improve its performance and achieve its goals. These recommendations are based on the findings from the analysis and are intended to provide a clear path forward for the company.

10. The tenth part of the document is a conclusion. It summarizes the main points of the document and expresses confidence in the company's ability to achieve its goals. The text also expresses gratitude to the company's stakeholders for their support and commitment.

De même une déclaration du Secrétaire Général du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques, G. Daumezon :

"Pour ma part j'estime que la gravité de la situation actuelle nous impose un changement total d'orientation. Toute la critique de l'organisation psychiatrique des pays de vieille civilisation réside dans le fait, que devant l'aliénation mentale, ils ont traditionnellement choisi non pas tant de soigner le malade que de le séparer de la société en l'enfermant. C'est ainsi que progressivement, au lieu d'envisager les soins aux malades, tous les problèmes se sont centrés autour de l'internement et que beaucoup de psychiatres encore ne conçoivent une réforme psychiatrique que par une modification des règles d'hospitalisation. Cette hospitalisation étant parvenue à l'impasse que nous vivons si tragiquement, nous nous trouvons dans l'obligation, nous semble-t-il d'abandonner totalement cette formule. Nous savons fort bien, l'expérience des colonies familiales ou encore celle des sorties accidentelles massives dues aux événements de la Guerre nous l'ont montré, qu'une quantité considérable de sujets pourraient être traités hors de l'hôpital psychiatrique" (Editorial, Information psychiatrique, 1951).

Un important travail d'élaboration s'accomplit également à la Commission Ministérielle des Maladies Mentales. A la suite d'un "Rapport préliminaire à la présentation de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques " (Daumezon, Ey, Fouquet, Hamon, Lauzier 1954), le rapport de 1956 (Bonnafé, Jacquelin, Mignot, Régis, Sivadon) définit pour un territoire dépourvu de toute formation spécialisée, et à partir de la critique de l'organisation existante, les principes d'organisation d'un équipement résolument moderne, principes déjà adoptés par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Un fragment significatif du troisième Rapport du Comité d'experts de cette Organisation est d'ailleurs mis en exergue par les auteurs de ce travail :

" L'hôpital psychiatrique a longtemps été et reste souvent encore le seul moyen de traitement et d'assistance psychiatriques. Le développement des techniques et l'évolution des notions sur les maladies mentales ont amené une diversification des moyens de prévention, de traitement et d'assistance. Cet ensemble est axé, non plus sur l'hôpital, mais sur l'équipe médico-sociale. On peut donc considérer les services psychiatriques de deux points de vue différents :



a) - Le point de vue classique, l'hôpital psychiatrique élargit le champ de ses activités et se prolonge dans la collectivité par ses services extra hospitaliers.

b) - Le point de vue moderne, l'équipe médico-sociale se charge de l'ensemble des problèmes psychiatriques et considère l'hôpital psychiatrique comme un instrument parmi d'autres pour accomplir sa tâche.

"Bien que le premier point de vue corresponde évidemment au stade initial du développement des services publics, certains membres du Comité estiment que, moins on attendra pour adopter le second type d'organisation, mieux cela vaudra, à condition qu'il s'accorde avec la structure sociale du pays intéressé. De cette façon, on peut intégrer dans un ensemble technique fonctionnel, et non plus lié à l'utilité architecturale, tous les aspects de la lutte contre les maladies mentales. Cette formule permet au service de se développer avec souplesse en fonction des besoins du moment et empêche qu'une activité ne s'exerce de telle sorte qu'elle porte préjudice à une autre."

"L'hôpital psychiatrique public" - 3e Rapport du Comité d'experts de la Santé Mentale - O.M.S.

Le rapport énonce un principe fondamental de la psychiatrie de "Secteur". La nécessité d'une implantation de l'équipe psychiatrique comme préalable à la réalisation de tout équipement lourd, notamment hospitalier :

"Il serait éminemment souhaitable que le choix d'une implantation pour un hôpital psychiatrique ne soit fixé qu'après que le responsable (psychiatre responsable du secteur d'essai) ait effectivement exercé une pratique psychiatrique réelle dans le secteur et qu'il ait été ainsi en mesure de donner l'avis le plus valable sur une opération d'une telle importance..."

"C'est sur place et en même temps qu'ils se qualifient déjà comme un appareil thérapeutique que le responsable et son équipe résolvent les problèmes d'une organisation définitive".

Deux types de moyens thérapeutiques sont particulièrement recommandés : l'hôpital de jour et le service à domicile, "économiques en locaux et faciles à installer avec un noyau de personnel psychiatrique compétent".

La conception de l'Organe de Protection de la Santé Mentale se fondant essentiellement sur la population à laquelle il est destiné et non plus sur l'hôpital, instrument de ségrégation, la possibilité et la nécessité d'activités à domicile s'inscrivent tout naturellement.

La note de 1959 sur le Service Territorial unifié de Protection de la Santé Mentale, élaborée par les 10 signataires des précédents rapports vient préciser encore la Doctrine :

"Les réalisations françaises contemporaines qui témoignent indiscutablement d'un regain de vitalité de l'organisation psychiatrique publique, demeurent inscrites dans des structures inchangées. Ainsi, l'application des principes en question ne peut se traduire dans la réalité et reste sur le plan des aspirations...

A la place de la structure fondée sur l'institution hospitalière, il convient de mettre en place une structure fondée sur le territoire au sein duquel les divers moyens concourant à la protection de la santé mentale, fonctionnent sous une responsabilité unique, chaque service devant comporter des éléments hospitaliers diversifiés et des éléments extra-hospitaliers. Le débat sur ce problème devrait aboutir à une déclaration de principe décidant la réalisation en France de "services territoriaux unifiés de protection de la santé mentale"......

"La sous commission tient à souligner que ces débats se déroulent dans le cadre de l'année mondiale de la Santé Mentale et qu'il lui paraît souhaitable de voir la France engagée à cette occasion dans une orientation résolument moderne. Si les réalisations en cours ne sont encore que l'expression des structures classiques, du moins représentent-elles des investissements dont l'importance mérite réflexion. Devant la tâche immense qui reste à accomplir, il paraît sage de faire succéder au stade des dépenses consenties dans le cadre des structures dépassées le stade du "passage à la pratique" des changements accomplis sur le plan théorique. Pour témoigner avec un éclat suffisant de la réalité de ces changements, le coeu émis par la Commission pourrait être celui-ci :

1 - Qu'en 1959, soit proclamé avec une certaine solennité le principe de dépassement du stade traditionnel où l'hospitalisation, plus précisément la ségrégation, est le fondement de la structure. Qu'à ce stade succède celui où devient fondamentale la possibilité d'aborder le problème de Santé Mentale dans le milieu même où il se pose. En bref, que la décision soit fermement prise de créer en France le Service territorial unifié de protection de la santé mentale.

2 - Qu'en 1960, soient établis et publiés les documents de base concernant l'inventaire des moyens diversifiés dont dispose le service territorial, les normes y répondant, le plan de réalisation pour parvenir à un niveau, l'objectif d'un service responsable pour 100.000 habitants pouvant ici être proposé comme minimum, sans négliger les exigences supplémentaires qui s'imposent".

La doctrine de la Psychiatrie de "secteur" s'élabore progressivement, fait son chemin, donne lieu à de larges discussions et apparaît bientôt approuvée par la grande majorité des psychiatres Français comme en témoignent les travaux du Groupe de Sèvres (1953), les communications au Congrès des Aliénistes à TOURS en 1959, à propos du Rapport de H. Duchêne sur "les Services Psychiatriques Publics Extrahospitaliers". Cette Doctrine devient la politique officielle des Pouvoirs Publics lorsque paraît la Circulaire du 15 mars 1960 "relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les Maladies Mentales". Malgré des concessions encore importantes aux modes de pensée traditionnels, hospitalo-centriques, le texte reprend les principes généraux de la psychiatrie de "secteur". :

"L'hospitalisation du malade ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de post-cure"... "La présente Circulaire a pour but de définir la politique à suivre dans chaque département au cours des années à venir, pour permettre la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace que jusqu'à présent et constituant véritablement une organisation de lutte contre les Maladies Mentales.

Ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et enfin la surveillance de post-cure".

On constate au niveau des formulations une tendance à faire prévaloir les aspects institutionnels. Ce n'est pas à partir du point de vue des usagers que les problèmes sont posés ce qui explique que la notion de travail psychiatrique à domicile reste implicite, cependant le traitement sans hospitalisation est envisagé comme possible et pour parvenir à ce but les activités

à domicile apparaissent comme indispensables, de même pour l'application du principe suivant, mis très nettement au premier plan dans la Circulaire "le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les Maladies Mentales est en effet de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu". Sans activités à domicile, il paraît à l'évidence assez difficile voire impossible de rendre ce principe applicable.

Cette période n'est cependant pas uniquement celle d'une maturation de la Doctrine. Malgré une indigence de moyens techniques qui fait bien apparaître le fossé existant entre l'état de développement des conceptions scientifiques et celui des réalisations, quelques expériences sont tentées, qui démontrent à l'évidence, malgré de mauvaises conditions la validité de la Doctrine.

- Dans le département de la Seine, G. Daumezon critiquant la répartition des malades par un Service d'admission unique propose dès 1952 la division du département en aires de recrutement. Les principes de cette répartition en secteurs démographiques furent établis l'année suivante par G. Daumezon et H. Duchêne, mais cette nouvelle organisation restera centrée sur les hôpitaux psychiatriques existants, faute d'équipements nouveaux, ce qui limitera considérablement sa portée.

Dès 1956, H. Duchêne et Ph. Paumelle organisent dans la Seine avec les moyens du bord l'embryon d'un service d'urgence psychiatrique où le travail à domicile apparaît essentiel et particulièrement efficace sur le plan thérapeutique. En 1957, le secteur pilote du XIII^e arrondissement de Paris est organisé sous la direction de Ph. Paumelle et S. Leibovici.

- En Province : L. Bonnafé en Seine Maritime, Lambert en Haute Savoie (Bassens), Ph. Koechlin en Charente Maritime tentent des expériences de sectorisation ainsi que Millon à Sainte Egrève, qui à l'aide "d'infirmières-visiteuses" élargit le champ de la pratique psychiatrique jusqu'au domicile du malade.

- Hors du domaine psychiatrique même, la conception étroitement hospitalocentrique de l'organisation sanitaire prouve sa nocivité. Le vice fondamental de toute structure hospitalière, l'encombrement, amène l'Assistance Publique de Paris à proposer comme remède l'organisation d'un service de soins à domicile :

"Nous avons vu depuis quelques années s'accroître partout l'intérêt que suscite l'organisation de services de soins à domicile susceptibles de remédier dans une certaine mesure à l'encombrement croissant des services hospitaliers..... ce moyen rencontre toujours, à quelques rares exceptions, la faveur du public, car, de façon à peu près générale ce n'est que sous la contrainte des circonstances que le malade se résout à aller à l'hôpital...

"Pour obtenir une meilleure utilisation de l'armement hospitalier, il nous apparaît nécessaire que seuls les malades ayant besoin de tout le potentiel de l'hôpital y soient hospitalisés et seulement pendant la durée strictement indispensable " (Document des Archives de l'Assistance Publique).

Dès 1956, la première expérience pratique est tentée avec succès aboutissant dans les années suivantes à la création d'un service dit d'Hospitalisation à domicile, pensé comme prolongement de l'hôpital au domicile du malade. Cette dénomination ambiguë que l'on retrouve dans le maniement du terme de secteur (axé sur l'hôpital et non sur la population) montre bien la difficulté pour l'organisation de la Santé Publique à sortir des modes de pensée où l'hôpital demeure la structure de soins essentielle. L'intérêt des activités soignantes à domicile n'apparaît que par rapport à l'hôpital, comme prolongement de celui-ci et non en fonction des besoins du malade et de son entourage, besoins auxquels il est nécessaire d'apporter une réponse sur place.

- L'apport des expériences étrangères à l'émergence et à l'élaboration de la doctrine du "secteur" et l'aspect dominant de celle qui nous préoccupe ici, la possibilité d'activités psychiatriques à domicile, est également fondamental.

L'expérience Hollandaise, bien qu'amorcée depuis plus de vingt ans, n'est vraiment découverte en France que vers les années 50, à partir des analyses publiées par Quérido. Dans l'organisation de protection de la santé mentale d'Amsterdam, la place faite au travail à domicile notamment dans le domaine de l'urgence apparaît remarquable.

Il en est de même dans l'expérience anglaise réalisée à Nottingham (Mac Millan) vers la même époque.

Des réalisations du même type naissent aux Etats Unis sous l'impulsion de Bessley et Calloway, de Friedman à Boston (1957), au Canada, à Montréal en 1962 (H. Langevin).

Il ne s'agit pas ici d'énumérer toutes les réalisations de ce type mais de souligner que ces expériences, malgré les conditions inégales mais souvent médiocres dans lesquelles elles furent réalisées, à savoir dans une organisation psychiatrique où l'institution hospitalière joue encore le rôle prévalent, ont démontré que le travail psychiatrique à domicile n'était pas une utopie mais un moyen efficace particulièrement apte à répondre aux besoins des populations. Tout ceci nous donne à penser que dans une psychiatrie de "secteur" réelle, authentiquement désaliéniste l'intérêt du travail à domicile se révélera à un niveau qu'il est difficile d'apprécier dans les conditions actuelles.

Qu'en est-il en France, dix ans après l'officialisation par les pouvoirs publics de la doctrine du "secteur" :

- BILAN ACTUEL

Si l'on tente un rapide bilan de l'extension de l'activité soignante à domicile, au cours des dix dernières années, force est de constater que cette extension est loin d'être spectaculaire. Certes la pratique de visites à domicile s'est étendue mais il s'agit trop souvent d'actes isolés et non de réelles activités à domicile, intégrées dans un projet thérapeutique et une organisa-

tion soignante cohérente. Le principe fondamental de la psychiatrie de "secteur" : "rendre à tous les usagers tous les services que notre savoir nous fait un devoir de leur rendre et qu'ils sont en droit d'attendre de nous". (Thèse Nicaise 1961) est loin d'être une réalité.

Le retard très net que l'on constate dans l'application pratique des principes de la psychiatrie de "secteur" nous semble être également un frein à l'extension des possibilités de travail psychiatrique à domicile.

En effet, dans une pratique de secteur authentique le travail à domicile apparaît non seulement nécessaire mais indispensable. Hors de ce contexte, un tel travail ne peut que revêtir un aspect dégradé voire aberrant.

L'extension de ce type d'activité est donc liée indissolublement à celle d'une pratique de "secteur". Or, dans les dernières années on assiste à la difficile mise en oeuvre d'une telle pratique. Dans l'ensemble, les réalisations restent fort éloignées des principes. Pire, sous le vocable de psychiatrie de "secteur", s'abritent des pratiques qui tournent le dos à ces principes.

Dès les premières années qui suivirent la parution de la Circulaire du 15 mars 1960, les plus lucides de ceux qui avaient participé à l'élaboration de la doctrine du "secteur" dénonçaient, outre l'insuffisance des moyens accordés pour la mettre en pratique, les déviations, les réalisations faites à l'enseigne du "secteur" et rappelaient les exigences fondamentales.

Nous leur laissons la parole car nous ne saurions trouver de plus justes formulations :

L. Bonnafé : "En dépit des efforts pour élever l'asile au dessus du niveau du bas-fond, la situation contemporaine avec la désaffection de la majeure partie des psychiatres authentiques, à l'égard du service public, et la multiplication des psychiatres privés renforce très dangereusement la tendance à faire du Service Public le domaine où tombent les "échecs des autres" et d'une façon plus générales les cas les moins intéressants. Cette figure faite au Service Public constitue un grave danger pour les intérêts de toute nature des médecins chargés de ce secteur, menacés de sombrer dans un personnage de besogneux de plus en plus caractérisé.

Un problème capital de défense professionnelle est ici posé... L'organisation en secteur est la défense primaire contre ce risque. Mais si elle est nécessaire, elle est loin d'être suffisante. La défense est illusoire si le secteur reste grand et basé sur un appareil hospitalier démesuré.

La formule compétitive par excellence est celle d'un travail de secteur authentique, travail extensif qui aborde largement les problèmes de la Santé Mentale au delà du "soin des aliénés", travail intensif assumant les problèmes en profondeur".

(Secteur et défense professionnelle, Inf. Psychiatrique 1961).

C'est ici le problème de la revalorisation de la fonction des Médecins du Service Psychiatrique Public qui est posé. Comment réaliser, en effet, une psychiatrie moderne quand les médecins qui la pratiquent sont dévalorisés ?

La responsabilité médicale à plein-temps apparaît comme la condition sine qua non pour mettre en pratique la psychiatrie de "secteur". Toute forme de pratique s'apparentant à la médecine à l'acte, dans le cadre du Service Public ne peut que représenter un obstacle à une telle mise en pratique.

Ceci est particulièrement vrai pour les activités à domicile qui prennent souvent l'aspect d'actes isolés, non intégrés dans une pratique de "secteur", rentables pour ceux qui s'en font les spécialistes.

H. Duchêne et Bailly-Salin : dénoncent un état de fait où "faire du secteur" signifie souvent uniquement assurer des consultations en dispensaire, où les activités dites "extrahospitalières" sont considérées comme des activités de luxe :

"Contrairement à ce que l'on pourrait croire, nous sommes en effet contre le secteur tel que certains le conçoivent et l'exercent actuellement et nous pensons qu'il existe de trop graves dangers dans ces erreurs pour ne pas être les premiers à les dénoncer. Nous avons été surpris par l'absence à peu près complète de réactions enthousiastes ou critiques à la parution de la Circulaire du 15 mars 1960. Celle-ci sanctionnait en effet une véritable révolution dans l'organisation de la psychiatrie en France.

Les critiques qui commencent à se faire jour correspondent sans doute à une prise de conscience de l'ampleur des bouleversements, impliqués par cette nouvelle conception des Services destinés à prévenir, dépister, et guérir les troubles mentaux. Il n'est donc pas étonnant de constater qu'une inquiétude se manifeste de plus en plus fréquemment et de plus en plus nettement quand au danger que cette nouvelle conception fait courir à l'actuelle situation des Hôpitaux Psychiatriques... Ce qui est bien mis en évidence est l'écart gigantesque entre l'équipement existant et celui qui est nécessaire pour réaliser une psychiatrie de secteur réelle : Lorsque l'on fournira à une équipe médico-sociale la possibilité de suivre les malades de façon efficace aussi bien à l'hôpital qu'en dehors de l'hôpital, il sera possible de lui demander de se charger de l'ensemble des activités psychiatriques d'un secteur de population limité à 70.000 habitants". (Contre le Secteur : Information Psychiatrique 1962).

Vermorel : l'un de ceux qui se sont au maximum efforcé d'approcher une pratique de secteur énonce des préoccupations du même ordre :

"La réalité de notre pratique ne porte de secteur que le nom... On pourra nous accuser d'être utopiques. Nous répondrons que sans perspectives il n'y a point de réalisations nouvelles possibles. Ce qu'on demande à l'organisation psychiatrique actuelle, c'est un bouleversement radical et non un replâtrage ou un changement de dénomination : au personnel psychiatrique et spécialement aux psychiatres on demande aussi un effort exceptionnel de changement et d'adaptation. Ce qui ruine l'idée même de secteur : son application à des populations d'une importance telle que le fonctionnement s'en trouve caricaturalement déformé .

"Si les médecins des hôpitaux psychiatriques se limitent obstinément à leur Service Hospitalier et refusent les activités extrahospitalières il est inévitable que celles-ci tombent aux mains d'autres psychiatres". (Du Secteur : Information Psychiatrique 1963).

L. Bonnafé fait le bilan en 1963 des difficultés que rencontre la conception désaliéniste de la psychiatrie pour s'inscrire dans la réalité :

"Il est très remarquable que par rapport à l'importance de fait que prend ici et maintenant les problèmes du secteur, les travaux sur ce dont il s'agit soient, d'une si faible importance. Cette faiblesse est certainement très significative d'une grave immaturation du problème.

Le signe le plus patent de cette immaturation se laisse observer dans la très profonde aberration terminologique assez constamment observée.

Si l'on peut lire aujourd'hui quelques écrits dans lesquels se perçoit une rigueur témoignant d'un esprit scientifique véritable, il est infiniment rare que, dans les nombreuses paroles se référant à la notion de "secteur", le terme ne soit pris à contre sens. Les deux contre-sens complémentaires les plus couramment entendus sont :

a) - Secteur, aire de recrutement du service d'asile ou "d'hôpital psychiatrique, b) - secteur : travail dans la "communauté" à l'exclusion du malade hospitalisé.

C'est à la lumière de ces deux contre sens que l'on peut mieux ressaisir le sens authentique (il est utile de rappeler ici les réserves formulées naguère sur l'opportunité de la terminologie "secteur", tant celle-ci prêtait évidemment aux perversions aujourd'hui constatées). Ce sens se définit par la recherche d'une pratique psychiatrique dans laquelle seraient synthétiquement satisfaits, dans un cadre conforme au principe d'unité et d'individualité de l'ensemble du travail de protection de la santé mentale deux besoins : a) - celui d'une continuité aussi rigoureuse, aussi personnalisée que possible, dans la prise en charge du cas psychiatrique avec ou sans temps d'hospitalisation, b) - celui d'une prise en charge de ce cas débordant la relation singulière et organisée dans le cadre d'un travail en direction de l'environnement.

(Thèses 1963 sur la Psychiatrie de secteur).

Insistant sur l'insuffisance des moyens mis en oeuvre, l'auteur souligne essentiellement les résistances qui se font jour vis-à-vis de cette psychiatrie désaliéniste, résistances au changement qui se manifestent à tous les niveaux par l'emprise de la pensée conservatrice et prennent des formes diverses : prévalence des activités hospitalières par rapport aux activités dans le secteur, application du terme de secteur à des aires de recrutement asilaire gigantesques, difficulté à réaliser un véritable travail d'équipe, tendance pour les psychiatres conditionnés par leur fonction de responsable institutionnel à penser leur travail dans le secteur, dans la communauté, en fonction des mêmes critères (exemple : vogue de la solution instituts médico-pédagogiques pour résoudre les problèmes de l'enfance).

C. et O. Py, psychiatres départementaux de la Corrèze, démontrent dans un article très important de 1963, l'étendue du chemin à parcourir pour parvenir à une pratique de "secteur" réelle qui nécessite de véritables mutations :

- Nécessité d'une vision radicalement neuve du rôle des psychiatres :

"Si le problème de la Psychiatrie de Secteur suscite tant de réactions passionnelles et parfois des résistances, c'est qu'elle met en cause le rôle même du psychiatre et nous amène à la contestation de notre relation à autrui et au monde. En fait, la psychiatrie de secteur n'existe pas encore en dehors de quelques secteurs expérimentaux"...

Les auteurs en leur qualité de psychiatres départementaux, montrent ce que cette situation a d'original :

"Disons tout de suite combien cette situation nous paraît intéressante. A se retrouver vivre au sein d'un groupe humain, au plaisir éprouvé, on mesure combien est lourde d'aliénation cette ségrégation monstrueuse de l'hôpital psychiatrique où les médecins et les malades se retrouvent hors du monde, dans l'univers de la folie. Ce n'est pas un mince bouleversement qu'amène toute tentative de sectorisation si minime soit-elle : le psychiatre sort des murs. Il apparaît, on le voit, il a un corps un visage. Ce n'est plus le personnage mythique et fabuleux, ce croquemitaine dont la société menace le déviant comme du loup on menace les enfants.... Visible, le psychiatre fait moins peur mais à travers lui c'est la maladie mentale qui fait moins peur. Elle devient à l'échelle humaine, réduite à sa juste dimension. Cela permet une véritable démystification.

- La psychiatrie, descendue sur la place publique se trouve face à des demandes multiples, révélant des besoins immenses et polymorphes.

Le dialogue avec les porte-paroles de ces demandes devient un aspect essentiel du travail psychiatrique, ce qui ne va pas s'en présenter quelques difficultés :

"Alors se manifestent en grand nombre les besoins les plus divers. Le psychiatre a joué le rôle de révélateur. Il est là, les besoins peuvent se manifester. Au premier plan et d'une importance extrême se trouve la demande en psychiatrie infanto-juvénile..."

"Dans l'univers hospitalier, le médecin est chef du service, il le dirige... Dans le monde, le psychiatre n'est plus chef, il n'est pas le directeur des relations humaines, il en est le réparateur. Il n'a pas à diriger, d'ailleurs la société ne saurait l'accepter, et le renverrait vite à ses asiles. Voilà toute une série de rapports nouveaux qu'il faut apprendre..... Cela suppose que le psychiatre sache se dégager du désir de possession, qu'il soit enfin assez sûr de sa propre valeur pour substituer des relations de dialogue à des relations hiérarchiques".

Le dialogue apparaît particulièrement nécessaire avec deux porte-paroles privilégiés de la demande psychiatrique : médecins généralistes et membres du corps enseignant :

"Disons tout de suite que la relation avec les médecins est indispensable et difficile. Dans les hôpitaux nous avons pris l'habitude du rapport exclusif : équipe soignante psychiatrique, malade. Comment se débrouiller au sein de la relation triangulaire : médecin traitant, malade, psychiatre ? Certes l'ambivalence du médecin généraliste à notre égard est grande. Nous sommes le spécialiste dont il a besoin mais dont il aimerait se passer craignant d'être dévalorisé et d'être supplanté. Son ignorance totale de la psychiatrie l'amène à penser qu'il est aussi capable que n'importe qui de guérir les malades mentaux. A cela s'ajoute la compétition entre Médecine Privée et Médecine Publique. Certains médecins ne vont-ils pas jusqu'à contester notre droit de prescrire nous refusant ainsi d'être des thérapeutes à part entière... Parfois les médecins hésitent à envoyer leur malade à un médecin fonctionnaire. N'est-ce pas pour eux déjà trahir ! Vieille séquelle de cette division de la médecine selon les critères sociaux, Médecine Privée, Médecine des riches, Médecine Publique, Médecine des pauvres".

Le dialogue à instaurer avec tous les autres porte-parole de la demande psychiatrique : Pédagogues, Services Sociaux, représentants des usagers ... etc, pour important qu'il soit, n'est pas le seul problème qui se pose dans une pratique de secteur. L'apparition d'une telle pratique remet en fait en cause les conceptions en vigueur dans le domaine de la Santé Publique :

"Bien des difficultés et des inconnues planent sur l'organisation de cette psychiatrie de secteur. Nous ne parlerons pas ici, bien qu'il se pose de façon aiguë du problème du développement d'une psychiatrie de service public gratuite face à l'évolution du reste de la médecine et de l'activité économique toute entière. Jusqu'alors la psychiatrie de Service Public n'était conçue que comme ségrégationnaire, la société assurait les frais occasionnés par les mesures d'exclusion qu'elle prenait à l'encontre de tel ou tel de ses membres en les mettant à l'hôpital psychiatrique. A l'heure où la psychiatrie va devenir de plus en plus importante, le mode d'exercice est certainement lié d'une manière ou d'une autre à l'ensemble de l'économie. Il y a là des choix qui ne dépendent pas de nous, des choix politiques et économiques.

Un secteur médical peut-il être entièrement public au milieu d'une médecine restant très libérale ? Devant les frais extrêmement impor-

tants que va entraîner une véritable psychiatrie de secteur, l'Etat ne risque-t-il pas, dans une politique de débudgetisation, de recourir de plus en plus au secteur privé, comme on le voit actuellement pour certains secteurs de l'économie ? Nous ne pouvons ici que poser des questions. C'est de la réponse qui leur sera donnée que dépendra en réalité la mise en place ou non de la Psychiatrie de secteur".

La pratique de secteur pose également le problème de la spécialisation de ceux qui sont destinés à l'exercer, notamment celle des psychiatres :

"Fini le Psychiatre omniprésent et omnipotent... On peut penser qu'une véritable psychiatrie infantile réduira considérablement la maladie mentale à l'âge adulte... Il faut nous préparer à cette reconversion et envisager les moyens qui permettront aux psychiatres d'acquérir une compétence en psychiatrie infantile, c'est tout le problème de la formation du psychiatre qu'il faut revoir....."

Telle est l'étendue des problèmes soulevés par la pratique de secteur. J. JEANNEAU, vers la même époque, insiste sur un aspect essentiel de cette pratique : la possibilité d'une personnalisation du rapport soignant-soigné, d'un approfondissement de la connaissance singulière de l'individu malade notamment dans la dimension historique de son existence.

"A-t-on assez souligné combien au delà de l'unité géographique, c'était à travers la cohésion du travail médical, la constance de l'équipe, et la continuité des soins, l'existence du malade qui prenait un tour plus réel et un relief plus solide ?

Car grâce aux racines qu'on lui donne ou plus exactement qu'on lui reconnaît, dans cette banlieue ou ce village bien connus, l'insertion particulière de son histoire devient plus saisissable et sa signification plus singulière. Mais plus encore en assistant à son déploiement dans le temps. C'est-à-dire qu'il ne s'agit plus seulement de soigner et de mener à bien la psychose délirante aiguë de cet ouvrier agricole ou de ce marin pour la rendre aux siens "comme avant" ou presque mission accomplie, mais au delà d'un diagnostic et d'une thérapeutique "en coupe transversale" dirait-on maintenant, de les considérer désormais comme à notre charge et de s'embarquer avec lui pour le suivre dans sa course, ce qui ne manque pas d'individualiser ni son passé ni son avenir, et d'être par là même la base de toute relation personnelle, la psychothérapie d'un diagnostic n'ayant aucun caractère de réalité.

Et c'est bien cette réalité qu'il convient d'apporter au psychotique. Cette continuité donne au médecin et à ce qui en participe, une constante et apporte au malade un sentiment de sécurité qui lui sera bien utile pour

retrouver le chemin vers autrui, car, à travers la variation incessante de ses projections, la présence médicale, ne fut-elle que la conscience de la maladie, redoutée, douloureuse ou hostile mais toujours là et invariable, demeurera la pierre de touche de la reconstitution du sujet et de son monde.

Quelques années à peine suffiront pour que cette même continuité dirige les regards du clinicien curieux vers d'autres horizons que les catégories étroites de la sémiologie, découvrant les surprises de l'évolution de chaque cas, faisant parfois éclater le cadre insuffisant de la pathologie pour éclairer le destin individuel et le sens particulier de l'existence..."

Le travail psychiatrique à domicile apparaît comme un moyen irremplaçable pour permettre la continuité de la relation thérapeutique et l'appréhension du malade dans sa globalité, comme un sujet ayant une histoire. Il permet un engagement plus authentique des soignants dans l'entreprise thérapeutique.

Ces prises de positions diverses n'ont pas été choisies arbitrairement. Elles ne recouvrent pas, bien entendu, tous les aspects de la difficile évolution que traverse la psychiatrie française, cependant elles nous paraissent assez révélatrices et surtout très actuelles.

Les dix dernières années sont donc marquées essentiellement par le fait que la doctrine du "secteur", bien qu'admise apparemment par l'ensemble du monde psychiatrique cristallise autour d'elle des résistances, expression des tendances les plus conservatrices. Ces résistances prennent des formes diverses, parfois tout à fait caractérisées, mais le plus souvent camouflées sous un aspect moderniste : les activités "à l'enseigne" du secteur se multiplient.

On assiste dans l'ensemble à une dénaturation de la doctrine, le concept de psychiatrie de "secteur" devenant vide de sens car ayant un sens différent pour chacun de ceux qui le manipulent.

Il est évident que l'insuffisance particulièrement nette des moyens mis en oeuvre ne fait que favoriser le succès des tendances les plus hostiles au changement, les plus attachées à la tradition.

Il n'y a pas lieu de s'étonner dans ces conditions que les activités soignantes à domicile n'aient pas pris toute l'extension souhaitable car elles représentent un des aspects les plus achevés d'une psychiatrie parvenue à son stade scientifique.

Le mouvement critique fait cependant un nouveau pas en avant lors de la période de Mai 1968. Dans le climat général de contestation, il n'est pas étonnant que la chose psychiatrique ait elle aussi été sérieusement remise en question. Le mouvement a dans l'ensemble été extrêmement positif en dépit des aspects naïfs et parfois abérrants que la contestation ait pu prendre.

La dénonciation de l'abus du pouvoir du psychiatre, cas particulier de l'abus du pouvoir médical, la revendication par tous les membres de l'équipe psychiatrique d'une plus grande responsabilité, une prise de conscience plus réelle du caractère oppressif de l'Asile, lieu de la hiérarchie, de la soumission du malade, le désir de décoloniser la psychiatrie des modèles médicaux traditionnels notamment par la création de structures universitaires où la place de la psychiatrie serait celle d'une discipline majeure, nous paraissent être les faits marquants de cette période.

Tout le vieil héritage contestataire a été repris à cette occasion mais le mouvement critique a franchi une nouvelle étape. Un travail d'invention et d'enrichissement a eu lieu, travail dont la fécondité ne s'éteindra pas quoi qu'il arrive.

Certes de nombreux obstacles et difficultés persistent encore actuellement pour une extension véritable des activités psychiatriques à domicile.

On voit se soulever à ce propos des objections légitimes :

- craintes de forcer le domicile du malade avec le danger de pratiquer une psychiatrie de type "policier", souvent exprimées au niveau médical, ce qui n'est pas un hasard. Le personnage médical est en effet parmi

tous les membres de l'équipe psychiatrique le plus exposé à ce risque étant donné le rôle de tuteur moral qu'on est que trop disposé à lui accorder et qu'il peut être tenté de prendre.

- De difficiles problèmes se posent pour une activité infirmière au domicile qui représente une mutation dans le style de travail de l'infirmier psychiatrique. A ce propos, une Conférence Psychiatrique Nationale tenue en 1968, au sein d'une grande centrale syndicale a montré que le travail à domicile entraînait également dans les aspirations et les préoccupations des infirmiers psychiatriques, ceci témoignant qu'un travail psychiatrique de qualité est exigé par l'ensemble des catégories de personnel.

A cette occasion, les médecins familiers de la réflexion théorique et de la recherche pour l'application pratique, ont été extrêmement frappés de voir surgir dans la parole d'infirmiers psychiatriques venus de la France entière des préoccupations analogues aux leurs. En ce qui concerne le travail à domicile, la solution de facilité bien souvent utilisée, à savoir la constitution d'équipes d'infirmiers-visiteurs, apparaissait très nettement dans ce travail de réflexion collective comme la fausse solution par excellence.

L'aspiration générale était celle d'une personnalisation de la relation soignant-soigné et la condamnation d'une forme de travail à domicile considérée comme l'affaire de quelques uns. Ceci allait dans le droit fil de la réflexion scientifique sur la nécessité de principe de faire de l'appareil soignant un système de relations interpersonnelles intégrées au sein d'une équipe mais où le maximum concevable de responsabilité personnelle soutenue de chaque soignant vis-à-vis du malade à tous les stades de son traitement, soit par principe maintenue. Les infirmiers psychiatriques se vivent, dans leur ensemble, comme dévalorisés lorsque leur rôle se limite à celui d'un rouage, d'un moment de la vie du malade (l'hospitalisation par exemple) et aspirent à un engagement plus réel dans l'existence du malade qui leur permette d'être des soignants à part entière.

Le travail à domicile ne peut donc être l'affaire de quelques uns mais l'affaire de tous les membres de l'équipe psychiatrique. Faute de quoi, un tel travail ne peut que prendre des formes dégradées et risque d'apparaître avant tout comme une fantaisie "à la mode", source de rentabilité.

En fait chaque soignant doit avoir la possibilité d'aller au domicile du malade afin de répondre au mieux à ses besoins et jouer un rôle thérapeutique au sens plein du terme.

Nous voici parvenus au terme de cette étude historique. Nous n'avons pas voulu faire un travail d'érudition, travail dont nous savons la nécessité car la maîtrise de son Histoire nous paraît être le meilleur témoin d'une science parvenue à sa maturité. Notre ambition était plus modeste : sans perdre de vue le thème qui nous occupe, celui du travail psychiatrique à domicile, nous nous sommes attardés sur quelques situations historiques significatives qui nous permettent de comprendre pourquoi la question du travail à domicile en psychiatrie n'a pu se poser qu'à une époque récente.

ACTIVITES PSYCHIATRIQUES A DOMICILE - ASPECTS THEORIQUES

Il est bien difficile, a priori, de définir l'étendue du champ d'application possible des activités psychiatriques au domicile du malade.

En effet, ce n'est que dans une pratique radicalement purgée des traditions asilaires que ce champ prendra toute son extension, c'est-à-dire, dans une pratique "de secteur" réelle.

Cependant sans vouloir se livrer à des supputations gratuites ou à des rêves futuristes, nous pensons qu'il est possible à partir de la pratique psychiatrique actuelle de mieux cerner, tout au moins provisoirement, ce champ.

La pratique d'une psychiatrie "désaliénante", c'est-à-dire écartant par principe toutes les conduites d'exclusion du malade (défini comme aliéné) et visant au maximum au maintien de celui-ci dans son milieu de vie habituel, nécessite, cela est bien évident, un certain nombre de moyens.

Parmi ceux-ci le plus important, l'axe autour duquel s'articulent tous les autres est la relation soignant-soigné cela est suffisamment admis maintenant.

Il est par ailleurs largement prouvé que l'efficacité thérapeutique du soignant augmente dans des proportions spectaculaires, lorsque cette relation est personnalisée et continue, continue ne voulant pas dire permanente, voire interminable, mais signifie que la possibilité de cette relation existe lorsqu'elle est nécessaire, voire indispensable et là où elle est nécessaire.

Cette efficacité étant maximum lorsque la possibilité d'établissement ou de reprise de cette relation, à un moment donné de l'évolution des troubles et en un lieu donné, rencontre le moins d'obstacles possibles.

Or, tant que les problèmes de santé mentale se posaient essentiellement en termes d'ordre public à préserver et d'assistance charitable aux "aliénés", l'organisation asilaire semblait adaptée. Dès que ces problèmes sont posés en terme de Santé Publique, c'est-à-dire comme service à rendre à des usagers, cette organisation apparaît rapidement insuffisante et même nocive, car tous les obstacles y sont réunis pour entraver l'établissement et la poursuite de la relation thérapeutique : obstacles de temps et d'éloignement surtout (services hospitaliers surchargés, soignants en nombre insuffisant, éloignement parfois très important du domicile du malade et donc des problèmes là où ils se posent), ce qui rend cette relation discontinue dans la plupart des cas.

Elle n'est possible que dans le milieu hospitalier. Dès que le malade a quitté ce milieu, la relation est abandonnée et ne pourra être reprise que lors d'une nouvelle hospitalisation dont la décision ne sera pas le fruit d'un dialogue entre le malade et ceux qui le soignent, mais une décision prise bien souvent par un tiers, qui n'est aucunement engagé dans l'avenir de cette relation, et donc en situation d'irresponsable.

Qu'il existe le minimum d'obstacles à l'établissement et la poursuite de cette relation, en dehors des difficultés créées par la pathologie même et que, par conséquent, toute décision concernant le traitement soit prise, chaque fois qu'elle est possible, au terme d'un dialogue soignant-soigné ou la responsabilité du soignant est engagée pleinement, telles sont les conditions essentielles pour assurer l'avenir de la relation thérapeutique.

Parmi les moyens visant à atteindre ce but : réduire la distance, a tous les sens du mot, qui sépare le malade des soins dont il a besoin, les pratiques psychiatriques à domicile nous semblent occuper une place privilégiée.

La possibilité pour le malade, comme pour les soignants, d'établir ou de poursuivre une relation au coeur même du milieu où s'exprime le trouble mental

améliore considérablement la qualité de la thérapeutique et par là même son efficacité, ceci, pour plusieurs raisons qui constituent la spécificité du type de relation qui s'établit au domicile.

Analysons maintenant ces caractères spécifiques :

Cette analyse peut s'effectuer selon deux plans : il existe d'une part des conditions spécifiques et d'autre part un contenu spécifique de cette rencontre, lui même fonction et reflet de ces conditions.

I - LES CONDITIONS DE LA RENCONTRE SOIGNANT-SOIGNE AU DOMICILE :

- Les éléments en présence :

Le caractère spécifique et original de cette rencontre est son déroulement hors de toute institution, ceci est fondamental,

Il s'agit d'une circonstance presque unique, dans laquelle le soignant en psychiatrie quel qu'il soit (psychiatre, infirmier (e), assistante sociale etc...) évolue et accomplit sa tâche, non plus dans le cadre d'institutions souvent inadéquates et cependant sécurisantes, mais sur un terrain qui peut sembler mal assuré; le malade se trouvant, lui, dans son milieu de vie habituel et familial.

Il y a là une inversion radicale par rapport à la majorité des situations "thérapeutiques" habituelles et particulièrement de la situation asilaire.

Dans cette dernière situation, le dialogue est toujours sous-tendu par le "couple ambivalent appropriation-rejection" selon le terme créé par Lucien Bonnafé. Il faut entendre par là qu'au terme de leur rencontre, le soignant et le malade n'ont bien souvent le choix qu'entre deux types de solutions, toutes deux insatisfaisantes :

- ou bien l'hospitalisation "prise en charge", totale des difficultés du malade exclu de son milieu et maintenu dans une situation régressive, ou sa responsabilité est engagée auminimum. En effet au prix du respect d'un certain nombre de règles plus ou moins rigides, la vie du malade est presque entièrement organisée, cette organisation ne laissant que peu de place à l'initiative personnelle

Le soignant se trouve ainsi en position de toute puissance puisqu'il détient le pouvoir de régler l'essentiel de la vie du malade.

- ou bien le rejet hors de l'institution, l'abstention thérapeutique. Le malade est alors aux prises à des difficultés supérieures à celles qu'il est capable d'assumer et le soignant dans une situation d'impuissance.

Ce type de relation soignant-soigné ressemble à s'y méprendre à une "relation d'objet psychotique".

Les deux options tournent le dos de façon identique à une conception thérapeutique de la relation en ce qu'elles aliènent également le soignant et le patient.

- Dans le 1er cas, à la toute puissante hiérarchie des soignants répond l'anarchie pulsionnelle des soignés; ainsi le malade trouve, à l'hôpital, un milieu qu'il va pouvoir modeler à son image : face à son "moi" scindé, il va "travailler" à rendre le milieu hospitalier conforme à ce "moi", afin de s'y reconnaître.

- Dans le 2e cas, la relation est totalement abandonnée.

Au domicile du malade, le soignant n'a plus face à lui, comme dans la situation précédente, un "exclu", rejeté de son milieu au besoin par la contrainte, Comme un mot qui, retiré de son contexte, perd une grande partie de son sens, de sa signification, le malade, retiré de son milieu, dans des circonstances parfois dramatiques, n'est plus qu'un être deshumanisé, "ayant perdu le sens commun".

Chez lui, parmi ceux qui le côtoient quotidiennement "l'humanité" du malade est d'emblée rétablie, quelle que soit la gravité de son état et nul ne peut l'ignorer.

Pour le soignant, il ne s'agit pas seulement de prendre conscience de ces éléments humains, il s'agit surtout de compter avec eux, ce qui redonne d'emblée au malade sa qualité de sujet.

Celui-ci n'est plus un objet que la psychiatrie a la charge de s'appropriier, ou de rejeter, mais un être humain vivant dans un contexte familial, social et économique donné exprimant une demande témoignant de besoins non satisfaits.

Cette demande le plus souvent psychotique c'est-à-dire démesurée parfois, inadaptée bien souvent mais reflet d'un désir, place le psychiatre et tout soignant en psychiatrie dans une position nouvelle, difficile, inhabituelle en tout cas.

Le psychiatre n'est plus un personnage ayant le pouvoir conféré par son activité traditionnelle dans des institutions où il régnait en maître, mais un homme de science, possédant une pratique spécifique, mettant son savoir et son expérience au service de ceux qui en ont exprimé le besoin, soit directement, soit le plus souvent par l'intermédiaire de leur entourage.

Il s'agit alors pour lui d'écoute et de réponse au besoin, .

Les soignants privés de leurs protections sécurisantes habituelles, se trouvent là dans une situation bien inconfortable. A ce sujet, il faut bien reconnaître que l'organisation asilaire, que tous condamnent, a joué historiquement ce rôle de protection, sorte d'organisation défensive, face à une pathologie mal connue et mettant chaque individu en question dans son équilibre profond.

A domicile, le regard sur la maladie est différent et modifie la connaissance que l'on peut en avoir. La clinique traditionnelle en est bouleversée. Une nouvelle clinique s'élabore où notamment la perception familiale du trouble n'est plus seulement une affirmation théorique mais une réalité.

Cependant, dans cette situation nouvelle, les soignants ne sont pas démunis comme ils pouvaient l'être dans le passé :

- une connaissance toujours meilleure de la dynamique relationnelle dans le cadre d'une relation duelle, comme d'une relation en groupe, connaissance à laquelle la théorie et la pratique psychanalytique ont apporté l'essentiel,
- l'existence et la maîtrise toujours meilleure des techniques thérapeutiques du groupe,
- la pratique toujours plus répandue du travail en équipe.

- une meilleure compréhension des interactions du milieu et de la pathologie et surtout une conscience toujours plus aiguë de leur importance; sont à mettre à l'actif des progrès de la psychiatrie et rendent les soignants mieux armés pour faire face à ces nouvelles tâches.

- Le lieu de rencontre :

Nous avons défini une partie des conditions de la rencontre soignant-soigné au domicile, c'est-à-dire que nous avons grossièrement campé les personnages dans leurs rôles nouveaux, leurs caractéristiques nouvelles tenant au fait qu'ils évoluent en un lieu inhabituel, dans un décor particulier.

Etudions maintenant ce décor plus précisément :

Si nous donnons au domicile la définition suivante "résidence principale habitation fixe ou habituelle, lieu où d'après la loi une personne a le siège de ses intérêts" - "en terme juridique : lieu où l'on a son principal établissement, c'est-à-dire les liens de famille, d'intérêt ou de fonction qui attachent une personne à tel lieu plutôt qu'à tel autre", cette définition amène quelques réflexions intéressantes.

Elle fait apparaître tout d'abord une notion de fixité, d'habitude, de permanence.

- LE DOMICILE ET L'INSERTION SOCIALE

L'établissement, l'implantation d'un individu en un lieu ne sont pas soumis au hasard mais fonction de ces liens qui "attachent" avec toute l'ambiguïté des termes d'attachement, de lien :

Ce qui attache, ce qui lie, présente un double aspect, celui d'une servitude mais aussi celui d'un épanouissement par l'établissement d'une relation proche ou l'affectivité joue un grand rôle.

Ce qui attache, ce qui retient chacun de nous en un lieu c'est avant tout ce qui permet d'éviter la solitude, de sortir de l'isolement, et de s'intégrer à la vie sociale.

Cette démarche qui consiste à établir des relations avec le milieu dans lequel nous vivons représente l'acceptation d'un certain nombre de règles, de lois, qui peuvent apparaître comme autant d'entraves à la liberté mais, qui apportent aussi les avantages non négligeables de la vie en société, notamment l'usage des services et des institutions communs à tous.

Ce besoin d'être intégré à une communauté constitue un besoin humain fondamental.

Il n'est que de constater la crainte et le mépris dont sont l'objet tous les transplantés, les déracinés, les sans domicile fixe, sans feu ni lieu... "aliénés" socialement (c'est-à-dire "sans liens") soupçonnés à priori des pires intentions pour s'en convaincre : les voleurs d'enfants présumés sont toujours des nomades...

La possession d'un domicile est en quelque sorte le témoignage, la preuve matérielle de cette intégration, et de l'acceptation des règles qui en découlent; le noeud qui scelle cette acceptation.

Les liens qui font "demeurer" un individu en un lieu peuvent être d'ordre très différent, cependant dans la société actuelle ce sont les "liens d'intérêt" qui sont le plus souvent déterminants.

L'en se fixe en fonction des possibilités de travail et de façon aussi proximale que possible de ce travail; cette notion étant à l'origine des termes aux résonnances familières "d'exode" de la campagne à la ville, de mouvements de populations, de transplantations...

A partir de ces liens originels, chacun établit des relations multiples : de quartier, de voisinage, avec les divers lieux publics etc... déterminant la qualité de son insertion dans la communauté, elle même fonction de deux ordres de facteurs :

- individuels : selon la personnalité de chacun, il est aisé de concevoir que le type de ces relations, leur aspect, leur nombre, puissent varier à l'infini, prendre dans chaque cas une tonalité différente.

- sociaux : le type d'habitat, reflet du niveau de développement économique d'un pays, d'une région, donne aux relations sociales un aspect particulier et l'on comprendra les différences qui peuvent exister à ce sujet entre l'habitat rural et l'habitat urbain, par exemple :

- Le type d'organisation sociale

Tous ces facteurs concourent à rendre les liens plus ou moins lâches, plus ou moins obligatoires, plus ou moins fréquents et nombreux et le résultat, la qualité de l'intégration réalisée, se reflète au niveau de l'individu dans la sensation subjective de plaisir ou de déplaisir voire d'indifférence à vivre en un lieu déterminé : attachement sentimental, investissement affectif, dont tous les degrés peuvent se voir.

Les problèmes d'insertion et d'intégration sociales sont devenus, tout au moins sur le plan théorique, assez familiers à ceux qui pratiquent la psychiatrie et l'on sait que le secteur des relations sociales est bien souvent, dans l'ensemble que constitue la vie du malade, le premier atteint par le trouble mental et l'occasion de sa découverte. Mais il nous semble qu'une connaissance plus concrète de ces facteurs sociaux ne pourrait être que bénéfique dans la mesure où le trouble mental, loin de s'y réduire, présente des implications sociales. Il revêt un aspect spécifique et surtout est toléré d'une façon variable selon le contexte dans lequel il éclot et s'exprime.

Le contexte de vie actuel, tout au moins dans les sociétés dites "évoluées" tend vers une complexité toujours plus grande des rapports sociaux en relation avec une généralisation de l'habitat urbain.

Cette situation si elle n'est pas pathogène au sens strict c'est-à-dire à l'origine directe du trouble mental, aboutit à une réduction de la tolérance dont il est l'objet.

Il y a certes là une évolution inéluctable à laquelle il serait bien malvenu de s'opposer, ce sont les conditions de cette évolution qui peuvent paraître discutables.

Parmi celles-ci, les conditions de logement au sens large, c'est-à-dire d'habitat mais aussi d'urbanisation, nous semblent revêtir une importance non négligeable et l'on sait les divers problèmes posés par les grands ensembles urbains par exemple :

- l'isolement de l'individu, et son absence d'insertion réelle dans des cités ou règne l'uniformité, ou les équipements collectifs permettant une vie sociale épanouie sont insuffisants voire inexistants,
- la facticité du monde pavillonnaire,
- la ségrégation, toujours plus nette, des groupes sociaux et ethniques,
- enfin, les causes d'insatisfaction fréquentes que sont : l'absence de moyens de communication commodes, l'exigüité, l'absence de confort et d'ensoleillement, la promiscuité...

Mais dira-t-on, s'agit-il pour la psychiatrie de s'approprier toute la vie sociale pour la réformer ?

Il va de soi, que le rôle de la psychiatrie ne peut être dans ce domaine qu'un rôle de prise de conscience et d'étude. De toute façon ce danger d'inflation du rôle et des tâches de la psychiatrie nous paraît poser un problème suffisamment important pour faire l'objet d'un développement ultérieur.

Cette question mérite d'être soulevée au moment où nous abordons le domicile, non plus en temps que témoin de l'insertion de l'individu dans la société, mais en temps que domaine réservé et en quelque sorte secret : celui de la vie dite "privée" de chacun.

- LE DOMICILE ET LA VIE PRIVEE

S'il existe en chacun de nous un besoin de relations sociales, le besoin d'une vie plus personnelle existe également et le domicile est au premier rang des lieux où il se satisfait.

N'est-il pas le lieu où chacun vit des moments clés de son existence qu'il s'agisse des périodes de loisirs, de repos, de détente, en fin et surtout établit et maintient des relations capitales, conjugales, familiales d'abord, amicales aussi, caractérisées par leur proximité, leur intimité, ce qui explique l'investissement affectif dont il est l'objet.

Cette qualité des relations qu'on entretient "chez soi" leur proximité leur authenticité nous paraissent fondamentales.

C'est en ce lieu, dans le cadre de telles relations que se révèle la véritable personnalité de chacun, lorsque les exigences de la vie en société deviennent moins contraignantes et que la spontanéité reprend le dessus. Les relations sociales, en effet, sont régies par un certain nombre de règles, de lois qui donnent aux rapports humains un aspect particulier.

Chez soi, parmi "les siens" parmi "les proches", les "intimes", la pression sociale diminue et ce qu'elle ne permettait pas d'exprimer, qu'il s'agisse des espoirs, des rêves, des satisfactions, des désillusions, des rancœurs, se fait jour.

Il est donc pour chaque individu, tout un domaine réservé et secret, celui de sa vie privée.

Le terme de domicile est en effet attaché à cette notion du secret de la vie privée. Il définit un monde certes ouvert sur l'extérieur mais également clos, protégé par une façade, par toute une organisation qui va du chien "méchant" à la concierge, alias "cerbère", en passant par le gardien, par un appareillage fait de sonnettes et autres grilles.

Pénétrer dans ce monde clos, sans y avoir été invité, introduit, représente ce que l'on nomme une violation de domicile, terme de viol qui s'applique également, soulignons le, aux violences faites à une femme et à la profanation d'un objet sacré.

Attenter au domicile, c'est attenter à un droit reconnu, celui de protéger sa vie privée, mais aussi et surtout, le droit de protéger ses biens, sa "propriété privée".

Pourtant le domicile est aussi le lieu de l'hospitalité, lieu d'échanges où l'on donne (une soirée, une fête, une réception), et où l'on reçoit (ses amis, ses invités...)

Certains personnages familiers y ont "leurs entrées".

Parmi ceux-ci, le personnage médical occupe une place importante non pas seulement en tant qu'homme de science, "homme de l'art", mais également pour ses qualités humaines. A domicile, le médecin ne peut se contenter d'être un "technicien", établissant un diagnostic et appliquant une thérapeutique, il doit tenir compte de l'avis de l'entourage pour qui les implications affectives d'une décision passent bien avant les impératifs techniques.

C'est ainsi que le médecin, qu'il s'en défende ou non, est introduit dans l'intimité des individus et tenu au secret. Les problèmes humains qui apparaissent à l'occasion de la visite au malade lui sont aussi posés et il ne peut manquer d'y faire face.

La pratique du médecin dit "de famille" illustre cette dimension complémentaire et capitale de la responsabilité médicale qui fait de la médecine une science véritablement humaine.

Ce type de pratique autrefois florissant, lorsque l'accès aux soins était l'apanage de la classe aisée, s'est considérablement raréfié. Alors que l'accès aux soins s'est étendu au plus grand nombre, l'aspect humain de la question s'est progressivement estompé, tandis que son aspect technique prenait le pas, aboutissant à la médecine ~~déshumanisée~~ que nous connaissons. La démocratisation de l'accès aux soins est une victoire incontestable, cependant c'est à une médecine de qualité que chacun a droit et non à une médecine qui a perdu l'essentiel de sa substance, c'est-à-dire son humanité.

On comprendra aisément que cette dimension humaine de la médecine revête la plus haute importance, lorsque le médecin en question est psychiatre.

- LE DOMICILE ET LA FAMILLE

L'évocation du médecin de famille nous amène à parler du domicile en tant que résidence de la famille. C'est au domicile que ces liens de famille dont nous parlions plus haut prennent toute leur signification.

La famille, noyau social actuellement le mieux structuré, véritable pilier de la société, et ceci depuis des siècles bien qu'ayant subi une évolution notable, réalise son unité au domicile. Ce qui lie chacun de ses membres, se matérialise dans une existence commune, en un même lieu, sous le "même toit".

Ces liens de famille, autrefois appelés "liens du sang", fondent l'univers familial monde de relations complexes.

La qualité de ses relations, chargées d'affectivité, détermine "l'ambiance familiale", c'est-à-dire le climat dans lequel la personnalité de chaque membre du groupe familial va pouvoir s'exprimer.

Il existe à ce sujet toute une symbolique que l'on retrouve, par exemple dans le terme de "foyer" ; si l'on fonde un foyer, c'est-à-dire une famille, le terme désigne aussi l'endroit où l'on fait le feu, et nous rappellerons qu'on appréciait autrefois l'importance d'un village ou d'une ville au nombre de ses "feux" c'est-à-dire de ses familles. C'est autour du feu que l'on se réunit, que l'on noue des relations chaleureuses, la chaleur étant par ailleurs investie de vertus thérapeutiques. "Quand j'étais malade, mon père faisait du feu dans ma chambre" nous rappelle Gaston Bachelard.

Dans cette ambiance, où peuvent régner tous les degrés de "chaleur-humaine", se déploie un réseau serré de relations interpersonnelles capitales qui constituent la famille comme un ensemble structural.

- Structure de la famille :

C'est bien le terme de structure, en effet, que l'on peut appliquer à la famille si l'on définit ce terme comme un ensemble d'éléments établissant entre eux des rapports spécifiques et stables.

Cette structure est celle d'un groupe restreint et toutes les caractéristiques du fonctionnement d'un petit groupe lui sont applicables, mais il s'agit aussi d'un petit groupe particulier.

Sa particularité tient à la coexistence en son sein de :

- deux générations, issues l'une de l'autre et donc unies au départ par des liens biologiques,
- et deux sexes.

Ceci, définit les deux axes essentiels qui sous tendent la structure familiale et déterminent plusieurs grands types de relations ayant leurs caractères propres :

- relations du couple dont est issue la famille, caractérisées par l'existence et l'exigence de rapports sexuels, interdits par ailleurs, aux autres membres entre eux.
- relations parents-enfants, marquées par la triangulation oedipienne.
- enfin, relations de type très divers, fonction de l'importance numérique de la famille.

Les rapports des éléments familiaux entre eux sont réglés par un certain nombre de lois dont l'archétype est la prohibition de l'inceste.

Ces lois ne sont pas le fruit du hasard, mais ont assuré la pérennité de la structure familiale au cours de l'histoire et lui ont permis de jouer son rôle.

Celle-ci, s'est en effet constituée pour répondre à certains besoins individuels et collectifs, besoins qui se sont modifiés progressivement en fonction du développement économique des sociétés.

- Les fonctions de la famille

Parmi les rôles divers et extrêmement variables que remplit la structure familiale, certains apparaissent capitaux :

- Fonction nourricière :

La famille a été la première unité économique qui par la mise en commun des ressources, a permis la satisfaction de ce besoin essentiel des individus : assurer leur subsistance.

Cette fonction revêt une importance évidente pour le jeune enfant chez qui la satisfaction de ce besoin vital constitue le premier type de relation avec le monde.

- Fonction relationnelle et éducative :

Dans le creuset familial, s'accomplit pour l'enfant, l'apprentissage difficile, semé d'obstacles de la vie sociale dans un milieu "protégé". Il se déroule à travers une série d'épreuves que l'on peut assimiler à une succession de séparations dont le prototype est le sevrage, qui, pas à pas, amènent l'enfant à l'autonomie, à la possibilité d'une émancipation à la fois physique, émotionnelle, et économique du milieu familial.

- Fonction de communication :

Le langage est l'outil essentiel permettant à la famille de jouer son rôle éducatif, par la possibilité d'échange et de partage des sentiments, des idées, des expériences, par la transmission des symboles sociaux-culturels. C'est également l'élément moteur de la dynamique familiale et la qualité du réseau de communication intra-familial constitue le meilleur reflet de sa cohésion.

- Fonction de récupération :

Le besoin d'une régression salutaire, restructurante, trouve dans la famille, son accomplissement.

Le "fonctionnement" de la famille : La dynamique familiale :

L'aptitude du groupe familial à remplir ses divers rôles n'est pas acquise définitivement, mais le résultat d'une dynamique interne différente dans chaque cas.

En effet, chaque élément du groupe, par le rôle qui lui est attribué et la manière dont il le joue, retentit sur l'ensemble, au niveau de sa cohésion.

Cette cohésion dépend, nous l'avons vu, principalement de la possibilité d'échanges satisfaisants, c'est-à-dire de la facilité donnée à chacun de s'exprimer et de trouver une réponse, un écho dans l'entourage.

Ces échanges ont lieu de façon continue mais, sur le fond permanent de la vie familiale fait d'événements quotidiens et d'une banalité apparente :

- repas pris en commun, parfois seule occasion quotidienne où la famille est au complet. Nous rappellerons à ce sujet, toute l'importance symbolique du partage de la nourriture,

- loisirs,

- périodes de lever et de coucher, si importantes chez l'enfant.

Se détachent des moments privilégiés, des temps, forts, événements agréables ou dramatiques, en tout cas à forte charge affective, qui la rythment et sont autant d'occasions d'échanges.

Selon la qualité des échanges qui s'effectuent en ces occasions, la cohésion du groupe se renforce ou au contraire, sa fragilité latente se révèle.

La famille traverse ainsi ce que l'on peut appeler des "crises d'évolution" déclenchées par divers facteurs :

- expansion de la famille par exemple (naissance d'un nouvel enfant), ou au contraire...

- réduction par émancipation de l'un de ses membres, par décès etc...

- Toutes les étapes du développement de chaque enfant marquent une évolution et remettent en cause l'équilibre établi dans la mesure où les besoins de l'enfant se transforment et exigent de nouvelles réponses.

Parmi ces événements, la maladie et la venue à domicile du médecin appelé à son occasion, occupent une place importante. Autour d'elles s'ordonne tout un rituel familial.

Rappelons comment Gaston Bachelard, décrit cette situation de maladie ... " en tout cas, je ne relis pas cette page... sans me souvenir du bon et solennel médecin à la montre d'or qui venait à mon chevet d'enfant et tranquillisait d'un mot savant ma mère inquiète. C'était un matin d'hiver, dans notre pauvre maison. Le feu brillait dans l'âtre. On me donnait du sirop de tolu. Je léchais la cuillère. Où sont-ils ces temps de la chaleur balsanique et des remèdes aux chauds arômes". ?

Ce "bon" et solennel médecin qui rassure d'un mot savant cette mère inquiète nous fait comprendre que le rôle du médecin, d'une part dépasse singulièrement celui d'un simple technicien, qu'il est comme l'a bien montré Michael Balint, déjà en lui même, une partie du remède, et d'autre part que ce rôle ne se limite pas au malade et à la maladie mais s'étend à la famille dans son ensemble.

La situation de maladie, comme toutes les situations critiques de la vie familiale, remet en cause son équilibre interne.

La maladie d'un des membres de la famille, par les conséquences qu'elle entraîne sur sa capacité à remplir son rôle, rend parfois nécessaire une nouvelle répartition des rôles et la persistance de cette situation peut entraîner des désordres difficilement réversibles, d'autant plus que la maladie peut agir comme une véritable séparation, dans le cas d'une hospitalisation du malade, par exemple.

Qu'en est-il lorsque la "maladie" en question intéresse le psychisme ?

Si la pathologie mentale est d'abord et avant tout le reflet de conflits intra psychiques individuels, c'est dans la relation à autrui qu'elle se révèle, et, selon l'écho qu'elle rencontre autour d'elle, les résistances qu'elle mobilise, elle se renforce ou au contraire s'atténue.

Par conséquent, elle n'intéresse pas seulement l'individu en difficulté pour résoudre ses propres conflits internes, mais l'ensemble englobant l'individu et son entourage immédiat, familial, le plus souvent. Ceci lui est commun à la pathologie générale, mais ce qui nous semble spécifique du trouble mental est le travail de dissolution du réseau si complexe des relations familiales qu'il effectue lorsqu'il est laissé à sa propre évolution, travail de sape insidieux aboutissant au bout du compte à une incapacité pour le groupe familial, à résoudre les périodes de crises, auxquelles il a à faire face.

C'est dans ces périodes de crises que la présence médicale s'avère particulièrement nécessaire pour :

- à court terme, apaiser les tensions et les souffrances qu'elles entraînent,
- à plus long terme, éviter que le groupe familial perde sa capacité à surmonter ses propres conflits de façon adaptée ou si celle-ci s'avère défaillante, la renforcer...

Ce qui constitue un acte à la fois thérapeutique et prophylactique.

Le domicile constitue donc, le lieu privilégié de l'intervention thérapeutique, au niveau familial.

II - CONTENU DE LA RELATION THERAPEUTIQUE AU DOMICILE

La rencontre du soignant en psychiatrie avec le patient, à son domicile peut être définie, ainsi que toute rencontre de ce type, comme une "situation thérapeutique" tel doit être au moins son but explicite.

Toute pratique psychiatrique à domicile, quelle que soit sa forme vise à constituer un "acte thérapeutique", c'est-à-dire être porteuse d'effets psychothérapeutiques.

Nous avons défini, grossièrement certes, les conditions techniques spécifiques de cette rencontre à savoir : la position respective des protagonistes soignant et patient, le décor dans lequel ils évoluent. Il nous reste à préciser maintenant quel "matériel", susceptible d'être utilisé dans un but thérapeutique, peut surgir d'une telle rencontre.

Deux questions sont donc en fait posées :

- d'une part que permet une telle rencontre ?
- d'autre part, ce type de relation peut-il être porteur d'effets psychothérapiques et de quelle façon ?

Les réponses à ces deux questions, dans le cadre d'un tel travail ne peuvent être que fragmentaires car c'est à partir de la pratique que ce "matériel" pourra être analysé en profondeur et que des principes thérapeutiques pourront se dégager. Il nous semble cependant possible d'en tracer les grandes lignes.

- RECUEIL D'UNE DEMANDE

Au domicile, lieu où éclot le plus souvent le trouble mental, le malade où son entourage expriment une demande.

Cette demande est exceptionnellement formulée comme demande explicite de soins ou d'aide spécialisée.

Elle s'exprime dans le registre du couple appropriation-réjection et revêt deux formes cliniques essentielles :

- demande démesurée... de mise en tutelle du malade, de déresponsabilisation, de sécurisation magique de l'entourage et appel à la toute-puissance supposée du soignant.

L'entourage immédiat du patient, comme la société, expriment souvent leur demande dans ce registre, expression majeure de l'intolérance "Prenez celui d'entre nous qui est malade et gardez-le".

- Au contraire non-demande apparente, expression d'un refuge défensif dans la maladie, dans une sorte de toute puissance mégalomaniacale.

Ce registre "psychotique" est bien souvent celui du malade lui-même.

Comme l'écrit Philippe Paumelle :

".. Dans les périodes aiguës c'est la peur qui le caractérise (le malade) il y a ceux qui font de leur domicile une sorte de forteresse contre le monde extérieur, et ceux qui se sentant en danger imminent capitulent en silence, s'enferment, se laissent mourir de faim ou aboutissent au suicide".

Tels sont les deux pôles, entre lesquels la demande oscille.

- le caractère exorbitant, voire abérrant de la demande est la conséquence, nous l'avons vu, de sa médiatisation.

Elle ne parvient, en effet, à ceux à qui elle est destinée, c'est-à-dire aux "agents thérapeutiques" qu'après un détour plus ou moins long, véhiculée par les divers "médiateurs sociaux" : famille avant tout, mais aussi médecins généralistes, services sociaux, services de police etc... tous ceux qui peuvent être en contact, de près ou de loin, avec la situation pathologique.

Au cours de cette transmission, elle subit un certain nombre de déformations, de distorsions, qui expliquent qu'elle puisse devenir à ce point méconnaissable.

- l'absence de demande apparente nous semble être également la conséquence d'une distance beaucoup trop importante entre la demande et les possibilités de réponses.

Il n'y a pas de demande apparente dit-on, mais y a-t-il une oreille attentive pour la recueillir lorsqu'elle s'exprimait en clair ?

Est-on autorisé à dire qu'il n'y a pas de demande, qu'il n'y en a jamais eu, qu'il ne peut y en avoir, lorsque des années s'écoulent parfois entre l'apparition du trouble et l'intervention de ceux qui sont destinés à y remédier.

A notre avis, quelle que soit la forme de cette demande, son sens profond est celui d'un appel à l'aide, témoignant d'une situation de besoin.

- Dans la situation classique asilaire, ce n'est pas au sens profond, au "contenu latent" de cette demande qu'une réponse est apportée, mais à son "contenu manifeste".

A la loi du tout ou rien de la demande répond la loi du tout ou rien de l'internement :

- Face à la demande démesurée de l'entourage ou de la société, la réponse rituelle est l'internement, mise en dépendance complète du malade.

- En l'absence de demande apparente, la réponse est l'abstention thérapeutique. Le malade est chez lui, supposé normal, même si on le sait malade, jusqu'à ce que l'ordre public soit troublé par un comportement à l'évidence inadapte et l'on est alors ramené à la situation précédente. En définitive, c'est le malade qui est mené, au besoin par la force, au lieu où des soins pourront lui être donnés.

Il est bien évident, qu'il y a inadéquation complète entre cet appel à l'aide qu'est la demande et la réponse univoque qui lui est faite.

La possibilité pour les soignants de se rendre au domicile du patient doit permettre :

- d'atténuer le caractère exorbitant ou distordu de la demande, en diminuant la distance toujours trop importante qui la sépare d'une réponse.

- de réduire le délai, toujours trop long, entre la demande d'aide et l'apport effectif de celle-ci.

Cette possibilité est particulièrement nécessaire, chez le malade psychotique, que l'importance de ses troubles met le plus souvent dans l'incapacité d'exprimer une demande quelconque.

L'intervention thérapeutique à domicile a essentiellement l'intérêt de pouvoir apporter une réponse précoce à ces malades psychotiques qui autrement

restent en dehors de toute thérapeutique pendant parfois de longues années.

- ANALYSE DE LA DEMANDE

Apporter une réponse à la demande ne signifie pas satisfaire celle-ci dans les termes mêmes où elle s'exprime.

Si la réponse rituelle et stéréotypée de l'hospitalisation n'est pas adéquate, il ne s'agit pas non plus de répondre sans analyse à toute demande de rejet, de sécurisation magique. Si les soignants se présentent au domicile ce doit être d'abord pour s'informer, pour découvrir, à travers la demande la situation de besoin qu'elle recouvre.

En effet, toute demande vis-à-vis de la psychiatrie, aussi déformée qu'elle puisse paraître, est le résultat, l'expression de la non satisfaction de besoins essentiels tant au niveau de l'individu malade qu'au niveau de son entourage et de l'environnement social.

C'est à ces besoins essentiels qu'il s'agit de répondre et leur évaluation passe d'abord par l'analyse, de la demande qui les exprime et les masque à la fois.

- EVALUATION DES BESOINS

Le domicile apparaît comme un lieu privilégié sur ce plan, dans la mesure où s'y trouvent réunis les principaux éléments d'appréciation de la "situation de besoin", pour laquelle une intervention thérapeutique s'avère nécessaire.

Quels sont ces besoins ?

Schématiquement on peut distinguer :

- les besoins de l'individu malade,
- les besoins de son entourage immédiat, familial le plus souvent,
- les besoins de l'environnement social,

Ces divers besoins sont en fait très intriqués. Leur séparation nous apparaît cependant nécessaire pour une plus grande clarté de l'exposé.

- Besoins individuels :

L'existence de conflits intrapsychiques au niveau de l'individu entraîne chez celui-ci une incapacité plus ou moins importante, transitoire ou permanente, à résoudre ses propres problèmes vitaux.

Cette incapacité est ressentie comme un manque. Le trouble mental exprime ce manque et constitue une manière d'être profondément liée à la personnalité.

C'est dans la relation à autrui que cette "difficulté" d'être "transparent" et c'est dans une relation thérapeutique qu'elle peut être abordée et progressivement résolue.

Pouvoir établir ou rétablir une relation à autrui, tel est le besoin essentiel de l'individu malade car là résident à la fois :

- la possibilité d'une insertion sociale et familiale satisfaisante,
- la jouissance d'une vie autonome.

A domicile, les conditions les plus favorables existent pour évaluer :

- Les obstacles à l'établissement de cette relation :

Parmi ceux-ci, il en est qui sont directement en rapport avec la pathologie individuelle et l'on sait que le malade psychotique est le plus handicapé sur ce plan.

Il est bien évident que la présence à domicile du ou des thérapeutes ne fait pas disparaître miraculeusement ce type d'obstacles. Les résistances pathologiques demeurent et le degré de coopération du malade peut être très variable.

Cependant, dans cette situation, il devient possible, plus que partout ailleurs, de faire la juste part de ce qui revient à la pathologie et de déterminer d'autres obstacles éventuels pouvant majorer les difficultés :

- Handicaps socio-économiques, surtout :

- . difficultés financières,
- . conditions de logement,
- . possibilités d'insertion variables offertes par l'environnement

social,

- Handicaps divers : maladie somatique associée, infirmités, âge avancé par exemple.

A domicile, cette évaluation est à la fois :

- plus aisée car elle se déroule en un lieu familier au malade. Certaines résistances en sont ainsi atténuées,
- plus rapide car tous les éléments d'appréciation sont réunis en un même lieu et au même moment,
- plus concrète aussi, car ces éléments sont recueillis de façon presque immédiate, en évitant au maximum les intermédiaires.

Ainsi, des facteurs parasites ayant une fonction d'écran sont éliminés :

- plus précise, enfin.

Compte tenu de ces divers obstacles, il est possible d'évaluer également :

- Les possibilités relationnelles préservées :

Nous entendons par là, les capacités du malade épargnées par le processus pathologique en insistant sur :

- le degré d'autonomie,
- l'importance des contacts sociaux maintenus,
- la qualité de l'insertion de l'individu dans le groupe familial.

Tous ces éléments rassemblés permettront déjà de se faire une idée précise de l'étendue des besoins auxquels il va falloir répondre sur le plan individuel, et le type de réponses possibles, dans l'immédiat, à court terme et à plus long terme.

Dans la même démarche pourront également être précisées les premières bases sur lesquelles s'appuiera la thérapeutique.

En effet, ce processus d'évaluation n'est pas statique mais dynamique.

C'est dans son cours même que le thérapeute peut repérer les "points d'accrochage", domaines où le malade est encore accessible à un dialogue, et en faire usage.

- Besoins de l'entourage immédiat :

L'entourage immédiat est constitué le plus souvent par le milieu familial avons nous vu.

L'individu malade, fait partie intégrante de cet ensemble, auquel il est uni par des liens privilégiés. Cet ensemble, lui même est plus qu'une simple juxtaposition d'individus, il possède une histoire, un fonctionnement et une évolution propres.

La présence d'un malade mental dans une famille retentit sur l'ensemble de celle-ci et la venue d'une équipe psychiatrique au domicile de la famille qui en a fait la demande doit permettre d'apprécier :

- L'importance des perturbations familiales :

La famille étant réunie, dans son cadre habituel, il devient possible d'évaluer globalement les perturbations de son fonctionnement actuel, en insistant sur les éléments les plus significatifs qui en constituent le reflet.

1 - L'aptitude de la famille à remplir ses fonctions :

La famille en tant qu'ensemble structural à divers rôles à jouer sur le plan social d'une part, et vis-à-vis de chacun des individus qui la composent d'autre part :

- le fonctionnement de la famille en tant que groupe est reflété, pour une part non négligeable, par l'importance et surtout la qualité des relations qu'elle entretient avec l'environnement social :

- . relations de voisinage, avant tout, les plus proximales du lieu d'habitation,
- . relations de quartier, de village.
- . participation à la vie sociale, ambiante dans ses diverses manifestations.

L'appréciation de ce secteur de la vie familiale peut sembler anecdotique et de peu d'intérêt. L'on sait en effet que son importance est relative en fonction du type de société, les sociétés dites évoluées à habitat urbain prévalent constatant une atrophie progressive de ce secteur, avec tendance du groupe familial au repli et à l'isolement social.

Cependant il nous semble que des éléments significatifs, symptomatiques en quelque sorte des perturbations internes de la famille peuvent s'y révéler. Et nous rappellerons la place importante que prend, bien souvent le personnage du voisin dans le drame du délirant chronique.

-En ce qui concerne les diverses fonctions que la famille assume vis-à-vis des individus qui la composent, les anomalies de chacune d'elle peuvent être appréciées, là aussi, en insistant sur les plus significatives :

- atteintes de la cohésion du couple parental et de sa fonction d'identification,
- aberrations éducatives,
- troubles de la communication intra familiale etc....

Ainsi peuvent être décelées les anomalies les plus grossières et leurs conséquences au niveau des besoins individuels qui peuvent être lésés à des degrés divers par un exercice défectueux de ces fonctions.

2 - Les anomalies de la structure familiale :

Le trouble mental retentit sur la structure de la famille dans la mesure où les rôles de chacun peuvent être modifiés.

Le handicap que représente la maladie mentale de l'un ou de plusieurs des membres de la famille, a fortiori s'il s'agit d'un élément du couple parental, par la diminution des capacités qu'elle entraîne notamment pour la prise des décisions importantes engageant l'avenir, doit être compensé.

Lorsque le trouble évolue pendant une période assez longue, cette compensation s'effectue à l'aide d'une redistribution des rôles.

Ces modifications, à la longue, peuvent créer une situation de déséquilibre source de tensions, une fragilité qui rend la famille plus sensible à toute "agression". D'autre part, elles peuvent avoir des conséquences au niveau de chaque individualité.

C'est ainsi que le trouble mental peut ne pas être l'apanage d'un seul, mais coexister chez plusieurs, voire tous les membres de la famille. Au maximum celui pour lequel une aide a été demandée, n'est que le "symptôme" d'un milieu familial globalement perturbé.

Chacun peut ainsi exprimer une demande d'aide personnelle qu'il s'agira d'apprécier.

3 - Bilan : la "pathologie familiale" :

Ces divers aspects ayant été appréciés, on dispose d'une "observation dynamique" de la famille, en quelque sorte; dynamique en effet, car celle-ci est appréhendée dans sa globalité, à un moment de son évolution, moment important puisqu'il coïncide avec une demande d'aide, dans une situation de décompensation, de crise, où les conflits sont exacerbés.

Ce moment peut être rattaché à d'autres périodes difficiles analogues que la famille a pu vivre antérieurement, et ainsi résitué dans une histoire.

Cette "observation" est en quelque sorte le premier élément d'appréciation de ce que l'on peut appeler la "pathologie familiale" en entendant par là essentiellement les facteurs tant intérieurs qu'extérieurs à la famille qui peuvent nuire à son fonctionnement et léser ainsi les besoins de ses divers membres.

Il ne s'agit pas pour nous, ici, d'énumérer tous les facteurs "pathogènes" qui peuvent se rencontrer, mais plutôt, plus modestement, de souligner l'importance de leur recherche et de leur appréciation précise dans chaque cas particulier.

- Les possibilités de coopération de la famille :

Le bilan des perturbations familiales ne représente qu'un aspect des services que peut rendre une équipe psychiatrique au domicile.

Un autre bilan est nécessaire : celui des facteurs favorables à l'établissement d'une thérapeutique, c'est-à-dire avant tout, d'une relation positive.

Parmi ceux-ci les possibilités de coopération que l'on peut rencontrer au sein de la famille apparaissent capitales. Il s'agira donc de les évaluer et de rechercher les "alliés thérapeutiques" sur lesquels il va être possible de s'appuyer.

Les capacités de la famille, sur ce plan, peuvent être extrêmement variables dans chaque cas, mais la présence des soignants au plus près de la pathologie permet de ne négliger aucune possibilité ce qui est en soi déjà très important, car nulle thérapeutique n'a de chances de succès qui se fait sans la collaboration de la famille, a fortiori contre son gré.

- Les besoins de l'environnement social :

Par environnement social, nous entendrons tous ceux qui, par leur position sociale, leur profession voire par hasard peuvent être amenés à intervenir dans une situation psychiatrique. A la limite, chacun peut se trouver face à une telle situation.

Le trouble mental peut s'exprimer, en effet, dans des cadres très divers : lieu de travail, milieu scolaire, cabinet du médecin généraliste, institutions publiques, voire même dans la rue. Et c'est bien souvent par l'intermédiaire de ces porte parole, médiateurs ou pivots sociaux qu'une demande parvient à ceux qui peuvent y apporter une réponse, nous l'avons vu.

Cette demande exprime l'intolérance du milieu social, et est donc le plus souvent démesurée. Face à la démesure de cette demande, l'équipe psychiatrique risque d'osciller entre deux attitudes :

- aller dans le sens de cette démesure et répondre par le rituel de l'hospitalisation, séparation radicale entre l'individu malade et son environnement social dans tous les cas qu'elle que soit la situation contrète,

- Nier cette demande et ne pas répondre aux besoins légitimes qu'elle exprime.

L'attitude moyenne consiste à tenir compte de celle-ci, c'est-à-dire apprécier sa signification ce qui permet aussi de la modifier et de la rendre plus adaptée. Dans ce but, il est nécessaire, nous l'avons vu d'être proche du lieu et du moment où elle s'exprime.

Cette attitude n'est pas seulement théorique, elle a un intérêt pratique immédiat : ces "pivots sociaux" représentent des alliés thérapeutiques potentiels que l'on doit prendre en considération car dans cette tâche extrêmement complexe que constitue la thérapeutique du malade mental, aucun allié n'est à négliger.

Le premier temps est donc un temps de dialogue, d'interlocution avec ces médiateurs sociaux ce qui permet de préciser la situation pathologique dans son retentissement social.

Au domicile du malade, le dialogue peut s'instituer avant tout avec deux personnages qui se trouvent bien souvent aux points clés où le trouble mental s'exprime. Nous voulons parler :

- du personnage du médecin généraliste.

Le médecin familial "qui va à la maison" est lui aussi dans une position privilégiée pour connaître parfois de façon assez précise les situations où l'intervention psychiatriques serait nécessaire.

C'est à lui que l'entourage fait appel en premier lorsqu'il se trouve dans une situation d'impuissance.

Son avis peut donc être extrêmement précieux et fécond.

- du personnage de la concierge: par sa position privilégiée, au carrefour de la vie privée et sociale des individus, ce personnage est bien souvent amené à intervenir, ou tout au moins à participer à la recherche de solutions aux situations psychiatriques, en cas d'urgence par exemple.

Il possède également des éléments d'appréciation, grossiers certes, mais bien souvent révélateurs pour prévoir la survenue de tels problèmes.

Ainsi à domicile, chaque situation pathologique peut être appréciée dans ses dimensions principales et l'on dispose, au terme de ce triple bilan des besoins, d'une évaluation globale de cette situation.

Les pratiques psychiatriques à domicile rendent donc possible une évaluation globale aussi précise que possible de chaque situation pathologique.

Même dans le cadre d'une psychiatrie de dispensaire, le rassemblement de toutes les données : individuelles, familiales sociales, économiques, nécessite des démarches multiples et un délai parfois très long. Or c'est bien souvent sous le signe de l'urgence que la situation pathologique se présente. Tout retard à la mise en oeuvre d'une thérapeutique ne peut être que préjudiciable dans la mesure où la situation laissée à sa propre évolution va se dégrader jusqu'à sa résolution dramatique par l'exclusion du malade.

Les pratiques psychiatriques à domicile permettent de raccourcir le temps d'évaluation, au profit de l'établissement d'une relation thérapeutique, axe essentiel du traitement.

Mais cette évaluation, si elle est un temps essentiel, n'est pas un but en soi. Il s'agit en fait d'évaluer une situation pour lui trouver une solution adaptée, de prendre en considération des besoins pour y apporter une réponse, réponse qui ne peut être que le fruit d'un dialogue avec l'ensemble de ceux qui sont concernés par la situation pathologique.

Dans ce dialogue interviennent toutes les exigences de la réalité : exigences individuelles, familiales et sociales, possibilités offertes par l'équipe psychiatrique... la réponse apportée réalisant le compromis qui tient compte de toutes ces exigences.

Les pratiques psychiatriques à domicile permettent de trouver la réponse la plus adaptée à chaque situation pathologique particulière.

Tels sont, nous semble-t-il les aspects essentiels de l'utilité que présentent de telles activités, aspects qui leur donnent une valeur véritablement thérapeutique : une évaluation précise de chaque situation permettant de proposer la solution la plus adaptée, donc la plus thérapeutique.

- APPORT D'UNE REPONSE

Ce n'est pas le lieu, ici de faire l'inventaire des réponses extrêmement diverses qui peuvent être apportées dans chaque situation.

La psychiatrie dite "de secteur" constitue bien entendu, le cadre général dans lequel de telles réponses peuvent et doivent être trouvées.

Il est bien évident que si l'équipement psychiatrique ne permet qu'une réponse univoque aux besoins extrêmement divers auxquels il est censé répondre, c'est à dire l'internement dans le milieu régressif de l'hôpital psychiatrique, l'évaluation précise de chaque situation pathologique ne présente qu'un intérêt limité, en effet, dans le cas où une équipe psychiatrique intervenant au domicile du malade ne peut proposer à celui-ci que la solution hospitalière, les conditions de cette hospitalisation en sont certes améliorées, dans la mesure où la décision est soumise à des impératifs essentiellement thérapeutiques et non, forcée par l'intolérance de l'entourage du malade, mais la situation n'est pas radicalement modifiée.

Ce n'est que dans le cas, où une équipe psychiatrique, responsable de la protection de la santé mentale d'une population définie et limitée, c'est-à-dire à l'échelle humaine, dispose des moyens nécessaires à l'élabora-

tion et à la mise en oeuvre de réponses diversifiées que cette évaluation prend tout son sens.

Par réponses diversifiées, nous entendons un éventail de solutions intermédiaires entre "la prise en charge" régressive du malade privé de toute initiative et l'autonomie complète, but ultime du traitement, mais qui ne peut être atteint le plus souvent qu'après un long cheminement s'effectuant par paliers, par étapes représentant une progression dans la difficulté.

De telles solutions intermédiaires ont été expérimentées et leur valeur n'est plus à démontrer et nous ne ferons que rappeler, ici les diverses "touches" du clavier thérapeutique : consultations externes, bien entendu, selon des modalités variables, clubs thérapeutiques, foyers de jour et de nuit, ateliers de réadaptation, hospitalisation à temps partiel et enfin hospitalisation à pleine journée (moyen parmi d'autre et non plus moyen prévalent, voire unique).

Cette réserve nous paraît importante car, toute activité soignante à domicile, s'exerçant en dehors d'un tel cadre, ne peut que subir les pires perversions, le domicile du malade risquant de devenir une "antenne" de l'hôpital psychiatrique, l'intervention de l'équipe psychiatrique étant vécue comme un "impérialisme" intolérable.

Si l'équipe se présente à domicile, ce ne peut être que pour prendre, avec le malade et son entourage, une décision de traitement qui soit la plus acceptable par tous.

Ainsi, celle-ci joue pleinement son véritable rôle de Service Public, "au service du public" : "rendre à tous les usagers tous les services que notre savoir nous fait un devoir de leur rendre et qu'ils sont en droit d'attendre de nous" (thèse Nicaise 1961).

- DISCUSSION

Parmi les solutions, les réponses qui peuvent être proposées, y en a-t-il qui peuvent l'être à domicile ?

Autrement dit, après avoir envisagé le domicile comme le lieu de l'évaluation des problèmes pathologiques, peut-il être envisagé comme un lieu de soins ?

Peut-on apporter des réponses thérapeutiques et même psychothérapeutiques à domicile et parler de "soins à domicile" en psychiatrie ?

Il semble très difficile de répondre actuellement à de telles questions. Disons, comme nous avons essayé de le montrer que l'établissement d'une relation thérapeutique conditionnant en grande partie l'avenir du traitement, nous paraît facilitée et n'est parfois possible qu'en ce lieu: en ce sens l'intervention à domicile revêt une valeur proprement thérapeutique.

Est-ce à dire que la relation thérapeutique puisse être poursuivie dans le cadre même du domicile et que des traitements à long terme puissent y être entrepris ?

Seule la pratique nous semble pouvoir apporter la réponse à une telle question.

Cependant, il nous paraîtrait imprudent de conclure que l'établissement d'une relation soit possible, au domicile, dans tous les cas.

La valeur de ce type de rencontre ne peut se révéler que si, comme pour tout acte à visée thérapeutique, on en définit les indications et les contre-indications. Tel va être maintenant notre propos.

ASPECTS PRATIQUES

Contre-indications - Objections :

Avant de tenter de définir des indications, nous nous pencherons d'abord sur les contre-indications. Il ne peut être question de définir ici les contre-indications précises d'ordre technique que seule la pratique peut permettre de mettre en évidence.

Nous nous contenterons de préciser des contre-indications d'ordre général, c'est-à-dire de rappeler les objections principales qui peuvent être faites à ce type de pratiques et les excès auxquels elles peuvent conduire.

Comme pour tout agent thérapeutique nouveau, un maniement et une "poscologie" doivent être précisées, faute de quoi le remède risque d'être pire que le mal qu'il est censé combattre.

L'argument principal qui peut être avancé contre l'englobement du domicile du patient dans le champ de la psychiatrie, est celui que l'on a coutume d'appeler, l'argument psychocratique, en entendant par là une mise en garde contre le danger d'appropriation par la psychiatrie de l'ensemble des faits sociaux, c'est-à-dire, l'extension de son champ à des domaines qui ne relèvent pas de sa compétence ou n'en relèvent que très partiellement.

Cet argument peut se formuler ainsi : le passage d'une psychiatrie "asilaire" à une psychiatrie "désaliéniste" entraîne, cela est incontestable, un élargissement considérable de son champ.

Contrairement à l'aliéniste qui reste dans une position expectative et dont le champ d'activité est le champ clos de l'asile, le désaliéniste va vers le malade, dans son milieu et vise à atteindre la pathologie non seulement au niveau de l'individu mais également, au niveau de son environnement familial et même social.

L'objet de la psychiatrie n'est plus le malade aliéné dans l'asile, mais le malade dans la société.

L'idée de soigner la société peut constituer l'aboutissement extrême et caricatural d'une telle conception, la société étant envisagée, à la limite, comme une vaste institution dont les difficultés de fonctionnement sont assimilées à des problèmes psychiatriques; ainsi, par exemple, les conflits sociaux sont posés en termes psychiatriques.

Nous pensons qu'il est parfaitement légitime de souligner ce danger qui, dans certains pays, notamment les pays Anglo-Saxons, a pu revêtir une certaine réalité : nous nous référons à ce propos au mouvement dit de psychiatrie sociale.

Cependant dans la majorité des cas, le sous équipement psychiatrique est tel qu'il permet à peine de faire face aux besoins les plus immédiats et les plus prégnants, par conséquent ce danger demeure jusqu'à présent plus théorique que réel.

D'autre part si l'aliéniste régnait sur l'institution asilaire et sur les "aliénés" pouvant y exercer un pouvoir dans la mesure où cette institution lui était confiée par la société, sorti de l'asile, ce pouvoir disparaît et si le champ de la psychiatrie et son objet s'élargissent, le psychiatre ne peut plus être le seul à en assumer la responsabilité.

C'est la société dans son ensemble, qui prend la responsabilité d'assurer à chacun de ses membres qui en exprime le besoin les soins qui lui sont nécessaires. Le psychiatre, membre d'une équipe réunissant diverses compétences, rendant les services que sa technique lui permet de rendre,

Il n'en reste pas moins vrai que ce risque existe potentiellement et qu'une vigilance importante s'impose à cet égard.

Les pratiques à domicile qui constituent parmi les moyens nécessaires à une psychiatrie désaliénante l'élément le plus en pointe puisqu'elles mettent l'équipe soignante directement en contact avec le fait psychopathologique là où il éclot et s'exprime, exposent particulièrement à ce danger : la manipulation inconsiderée du milieu, par des interventions intempestives et inadaptées peut détruire l'effet positif incontestable de telles pratiques en provoquant une recrudescence des conduites défensives et réjectives de ce milieu, créant ainsi une nouvelle aliénation.

Un danger complémentaire nous paraît également exister, au moins potentiellement, le risque de manipulation de l'équipe psychiatrique par le malade ou son entourage.

Ceux-ci, peuvent en effet utiliser la pathologie, le passage à l'acte par exemple, pour provoquer des interventions à domicile itératives, l'équipe soignante étant utilisée comme un arbitre des conflits familiaux "gardienne de la paix" du foyer.

Ainsi se crée une dépendance à l'égard de l'équipe : le malade et son entourage n'assument plus aucune responsabilité et s'en remettent entièrement à une intervention extérieure, situation également aliénante.

Il s'agit en fait là, de deux aspects différents d'un même problème :

- dans un cas, c'est le désir de puissance des soignants qui peut les entraîner à manipuler le milieu, sous prétexte de soins,
- dans l'autre, c'est le milieu qui entraîne les soignants dans la même voie.

Ce danger revêt une certaine réalité, si l'on continue à envisager les problèmes psychiatriques en fonction d'un appareil de soins archaïque, de type asilaire ou le malade possède un statut d'objet.

L'exercice de la psychiatrie dans le cadre d'un Service Public de protection de la santé mentale, modifie radicalement le type de relation qui peut s'établir entre les soignants d'une part, le patient et son entourage d'autre part.

La psychiatrie n'a plus affaire à un objet, aliéné dans l'asile, mais aux usagers d'un Service Public, les soignants mettant leurs techniques au service de ces usagers. Il n'est plus possible alors d'envisager les problèmes posés par une pratique de ce type avec des modes de pensées issus d'une pratique asilaire.

Cette psychiatrie du service public, désaliénante, aura à faire face à des difficultés nouvelles, à des tâches radicalement différentes et seuls l'approfondissement théorique, la réflexion sur la pratique, en définissant des indications prudentes et toujours plus précises, doivent permettre d'éviter ces écueils.

- INDICATIONS

Nous avons envisagé, jusqu'à présent, l'intérêt des activités psychiatriques à domicile sous un angle essentiellement théorique, il nous reste à préciser quelles peuvent en être concrètement les applications.

C'est par rapport à la relation thérapeutique que celles-ci peuvent être définies. Nous savons que son efficacité est maximum lorsque les obstacles à son établissement ou à sa poursuite sont les plus faibles, c'est-à-dire lorsque sa continuité peut être assurée ?

Nous savons également les avatars qu'elle subit dans la pratique actuelle ou la discontinuité est le plus souvent la règle et où les impératifs thérapeutiques sont loin d'occuper, malheureusement, la place qui devrait leur revenir, c'est-à-dire la plus importante.

Tout moyen qui permet l'établissement, le maintien ou la reprise de cette relation au moment où elle est nécessaire, renforce l'efficacité de la thérapeutique.

La présence soignante auprès du malade, à son domicile, constitue parmi ces moyens, le plus représentatif d'une psychiatrie qui se définit essentiellement dans son rapport à l'usager.

C'est donc avant tout, en fonction de ce point de vue de l'usager, que les indications se déterminent : chaque fois que la relation thérapeutique ne peut être établie ou poursuivie de façon commode et surtout au moment où elle est particulièrement nécessaire, se rendre à domicile devient pour l'équipe soignante un impératif.

Il ne peut être question pour nous d'énumérer toutes les situations de ce genre, mais plutôt de mettre en évidence les plus significatives à savoir :

- situations urgentes ou graves,
- situations nécessitant un aménagement de l'environnement immédiat du malade,
- situations où la relation thérapeutique ne peut être poursuivie dans d'autres conditions.

- Situations urgentes ou graves :

Pour définir l'urgence psychiatrique nous reprendrons la formule de Michael Woodbury : "une situation X à un niveau individuel, familial ou social, qui à un moment donné devient intolérable à un ou plusieurs médiateurs".

L'élément le plus important, dans une telle situation, est l'intolérance dont le trouble est l'objet, au niveau de l'entourage par l'anxiété qu'il mobilise.

Alors que la médecine traditionnelle, celle du corps, à affaire dans les cas d'urgence, à des malades qui éveillent la compassion, le désir d'assistance et la solidarité, la médecine de l'esprit à affaire à des malades qui font peur, la plupart du temps, et vis à vis desquels chacun tente de se protéger; ceci expliquant que les comportements à l'évidence pathologiques déclenchent encore actuellement, l'intervention des Services de Police, avant celle du médecin susceptible d'apporter une aide spécialisée.

Cette situation est celle que connaît la psychiatrie depuis sa naissance : les préoccupations de protection de l'entourage et de la société passent avant les nécessités thérapeutiques.

Nous rappellerons cependant que Paul Sérieux préconisait déjà dans les situations d'urgence, la présence du médecin au chevet du malade qu'il comparait à la "présence de l'accoucheur auprès d'une femme en douleurs".

La pratique récente d'une psychiatrie dite extra hospitalière, simple adjonction le plus souvent d'un dispensaire à l'asile ancien amélioré, n'a pas fondamentalement modifié la situation que nous venons de décrire, car elle laisse de côté les malades qui refusent de se rendre au dispensaire ou que leur état met dans l'impossibilité de le faire et qui sont bien entendus ceux qui nécessitent l'aide la plus urgente. Tant que ceux-ci n'accomplissent pas un acte dangereux au regard de la "sécurité des personnes", aucune thérapeutique ne peut être mise en oeuvre. Tout se passe comme si des malades à l'évidence perturbés mais vivant à leur domicile, dans la société, étaient supposés normaux. Leur existence est littéralement forclosée puisque tant sur le plan législatif que sur celui de l'équipement, rien n'est prévu pour leur venir en aide.

Cette attitude qui consiste à attendre que la pathologie se révèle par un "coup d'éclat", un comportement perturbateur constitue une authentique non-assistance à personne en danger et est nocive à plusieurs titres :

- C'est une attitude pernicieuse car elle permet d'accréditer dans le public l'idée selon laquelle le malade mentalement perturbé serait intrinsèquement et inéluctablement dangereux, renforçant ainsi dans la société, les conduites les plus réjectives.

- C'est une attitude anti-scientifique et rétrograde, car en retard sur les possibilités qu'offre actuellement la science psychiatrique.

Dès 1956, en France, Philippe Paumelle et Henri Duchêne préconisaient la pratique d'interventions à domicile rapides accomplies par un psychiatre dans les cas urgents et en démontraient l'efficacité (A propos de la notion d'urgence en Psychiatrie : Information Psychiatrique 1958.)

Les arguments principaux avancés en faveur de telles pratiques étaient les suivants :

- le désarroi des familles, de l'entourage du malade au sens large, ne sachant à qui s'adresser en présence d'un sujet paraissant présenter des troubles mentaux,

- le caractère nocif de l'intervention de police :

- qui déclenche chez le malade "des réactions de protestation et une augmentation de son comportement anti social".

- qui entraîne la prise de décisions engageant l'avenir du traitement par un personnage non - médical,

- qui par son aspect contraignant est une source de difficultés ultérieures à l'établissement d'une relation thérapeutique et l'on sait à ce propos, l'importance capitale du premier contact thérapeutique en psychiatrie.

"Il importe qu'en psychiatrie, comme dans toutes les branches de la médecine, la première personne appelée auprès du malade gravement atteint soit le médecin "

- enfin l'intérêt pratique de l'intervention à domicile qui :

- répond aux besoins du malade et du public en permettant d'instituer un traitement sans retard,

- permet de trouver la solution la plus adaptée à chaque situation particulière et d'éviter des décisions hatives pouvant se révéler très rapidement injustifiées ou abusives, telle une hospitalisation par exemple. Si celle-ci est nécessaire il devient possible de la préparer et de lui donner ainsi les meilleures chances de succès,

- permet d'exercer une véritable action prophylactique. Une situation urgence peut s'avérer très rapidement accessible à la thérapeutique et une seule intervention à domicile peut parfois permettre de passer un cap difficile, de détendre une situation bloquée et d'éviter ainsi les conséquences néfastes au niveau familial par exemple d'un trouble laissé à son évolution spontanée.

Dans ce travail, les auteurs proposaient la création "d'un service médical d'urgence psychiatrique," permettant de répondre aux situations urgentes, en trois phases :

- visite à domicile permettant de juger de l'orientation thérapeutique c'est-à-dire évaluation de la situation et proposition d'une modalité de traitement.
- transfert vers l'établissement de soins.
- "Service de courte observation et de traitement d'urgence qui doit permettre, si la cure dans le milieu familial apparaît difficile et lorsque l'hospitalisation n'est pas justifiée, un délai d'observation mis à profit pour prendre la décision de traitement la plus adaptée".

Antérieurement à cette époque, des services de ce type fonctionnaient déjà dans d'autres pays : en Hollande (Amsterdam), en Angleterre (Nottingham), d'autres ont été expérimentés depuis : aux Etats Unis (Boston), au Canada, en France même (Service d'Urgence et d'Hospitalisation à domicile du 13e arrondissement de PARIS).

Toutes ces expérimentations dont il n'est pas possible de faire l'analyse ici ont démontré que la situation urgente constituait une des indications majeures de l'intervention soignante à domicile.

Grâce à une grande mobilité qui permet de se rendre auprès du malade dans le minimum de temps, par les possibilités qu'elles offrent d'une évaluation rapide et complète de chaque situation, les pratiques à domicile permettent d'apporter une aide thérapeutique à un nombre non négligeable de malades qui, sans ce moyen, restent habituellement sans soins.

Cependant, une situation urgente, telle que nous l'avons définie, représente le plus souvent l'aboutissement, la sommation de difficultés qui abordées et traitées plus précocement n'auraient jamais évoluées jusqu'à la situation d'urgence. L'urgence psychiatrique, comme l'ensemble des situations médicales urgentes, n'est bien souvent que l'expression bruyante d'un trouble évoluant jusqu'alors silencieusement.

Ceci montrant l'importance du traitement précoce et de la prophylaxie. C'est pourquoi, il nous semble que l'intérêt de l'intervention soignante à domicile pourrait déborder le cadre des situations urgentes pour s'étendre à l'ensemble des situations que l'on peut définir comme "graves".

En effet, en psychiatrie, une situation peut être grave sans avoir les caractéristiques de l'urgence, c'est-à-dire sans entraîner de manifestations bruyantes ou spectaculaires. Le taux de gravité des troubles n'est absolument pas proportionnel à leur caractère spectaculaire ou perturbateur.

Un malade claustré chez lui ou menant une vie sociale de plus en plus réduite du fait de ses troubles est dans une situation grave évidente, qui ne peut évoluer spontanément que dans un sens défavorable. Pourtant, combien de semaines, de mois vont s'écouler parfois avant qu'une aide lui soit apportée, et celle-ci risque de l'être sous une forme qui ne peut être vécue que dans un sens répressif à l'occasion d'une manifestation pathologique plus évidente.

Tout se passe, paradoxalement, comme si le malade le plus perturbateur avait le maximum de chances d'être traité précocement.

Intervenir au début du cours de la maladie, ce qui permet de mettre en oeuvre une thérapeutique plus aisée et plus efficace, d'éviter des conséquences fâcheuses tant pour le malade que pour son entourage est un impératif.

Pour ce faire, la psychiatrie doit disposer d'instruments de travail adaptés permettant de mettre à la disposition du public une possibilité d'obtenir facilement un avis spécialisé dans une situation urgente ou grave.

Au nombre de ces instruments de travail d'un type nouveau, la possibilité pour le soignant en psychiatrie de se rendre au domicile du patient est d'une importance capitale. Nous reprendrons ici la formule utilisée par Philippe Paumelle :

"S'il paraît normal, en médecine générale, d'envoyer à l'hôpital les cas d'urgence, c'est l'inverse qui est vrai en psychiatrie : plus les troubles mentaux sont graves plus il est nécessaire sur le médecin qualifié vienne donner son avis sur place".

- Situations nécessitant un aménagement de l'environnement du malade :

Les pratiques à domicile, venons nous de voir rendent possible l'intervention thérapeutique rapide dans les situations dont la gravité tient essentiellement au caractère aigu des troubles.

Cet aspect d'acuité n'est cependant pas l'aspect unique ni même le plus fréquent sous lequel la maladie mentale pose problème.

Celle ci se présente en effet, le plus souvent, sous la forme d'une affection à évolution chronique, ce qui la distingue à première vue des affections proprement somatiques, du domaine de la pathologie générale, qui se révèlent le plus souvent en phase aiguë et qu'un traitement étiologique permet de guérir, la guérison étant entendue comme le retour à l'état antérieur, état de complète santé (*restitutio ad integrum*)

Cependant la tuberculose surtout, les affections cardio-vasculaires également, ont montré que même en ce domaine la guérison n'est pas toujours la disparition complète des troubles, que la thérapeutique ne nécessite pas seulement un traitement étiologique, mais l'apparition de formes nouvelles d'existence, temporaires ou définitives, permettant au malade de se trouver dans les conditions les plus favorables à une stabilisation, une compensation.

La conception rigide et manichéenne de la guérison, celle de l'époque pasteurienne, selon laquelle guérir serait faire disparaître purement et simplement la maladie, encore bien enracinée, a subi un net recul à cette occasion.

La tuberculose, en particulier, a posé le problème des maladies à évolution prolongée, nécessitant de façon temporaire un milieu de vie aménagé (*Sanatorium*) destiné, lors de certaines périodes évolutives de la maladie, à placer le malade dans les conditions les plus favorables au succès de la thérapeutique;

Le traitement de la maladie mentale se pose en termes similaires. C'est une affection qui met en cause la personnalité dans ce qu'elle a de plus profond et constitue une façon d'être, un mode d'existence.

Sa "guérison" ne peut donc être le retour à un état antérieur, état mythique, dans la mesure où c'est dans sa structuration même, dans le processus de sa formation que la personnalité a été atteinte.

Un aspect important de son traitement est constitué par la recherche de formes d'existence adaptées, c'est-à-dire aussi satisfaisantes que possible pour le malade et son entourage.

Cette façon d'envisager le traitement a été comprise très tôt. Elle est le fondement de la doctrine esquirolienne : "Une maison d'aliénés, entre les mains d'un médecin habile est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales...", la vie au sein de l'asile représentant cette nouvelle forme d'existence temporaire, réservée à ceux que leur personnalité rend inaptes provisoirement à la vie sociale. Le Sanatorium, comme l'asile représentent le moyen qui va permettre au malade une forme d'existence compatible avec le moment évolutif de la maladie.

Cette idée, très importante, que l'aménagement des conditions de vie représente une part essentielle de la thérapeutique de la maladie mentale, reste parfaitement actuelle. Cependant les progrès de la psychiatrie ont montré que cette recherche dans un milieu clos, aliéné, sans aucune relation avec la vie sociale, ne pouvait mener qu'aux pires excès. Ainsi la maladie mentale chronique est devenue progressivement synonyme d'affection incurable, avec comme corollaire l'abandon thérapeutique plus ou moins complet.

Par maladie mentale **chronique** on doit, en fait, entendre maladie de longue évolution nécessitant donc un effort thérapeutique intense, prolongé et soutenu, l'essentiel de cet effort étant représenté par la recherche patiente et longue des formes d'existence les plus compatibles avec la personnalité du malade.

Le traitement étant envisagé ainsi, il est bien évident qu'il ne peut s'accomplir complètement dans le cadre hospitalier. Celui ci peut représenter, aux périodes les plus critiques de l'évolution, un milieu d'accueil, provisoirement favorable mais qui ne peut en aucun cas tenir lieu de solution définitive.

Au contraire, chaque fois que cela est possible, c'est-à-dire la plupart du temps, c'est dans son milieu de vie habituel, dans son contexte familial et social, à son domicile que le malade doit vivre.

Ceci a comme conséquence que l'entourage est concerné par le traitement dont la réussite nécessite sa collaboration. En effet, la recherche des conditions de vie les plus favorables au malade, remet en cause, également les conditions de vie de l'entourage, rend nécessaire son engagement et sa mobilisation dans le traitement.

Concrètement la situation peut se présenter schématiquement, sous deux aspects essentiels :

- lorsque le malade fait encore partie d'un groupe familial ou social bien structurés, il s'agit d'aider au maintien de rapports de convivance satisfaisants. Ainsi la tolérance du milieu se renforce.

- lorsque le malade est isolé, lorsque son cadre de vie a été détruit progressivement par l'évolution de la maladie, il s'agit de reconstituer un nouveau cadre en exploitant systématiquement les relations positives conservées avec le milieu.

Dans les deux cas, il s'agit d'une tâche difficile, oeuvre de longue haleine.

Nous pensons que la présence périodique, aux moments nécessaires du soignant à domicile, en assurant un soutien thérapeutique actif et prolongé, peut contribuer de façon décisive à cette tâche : aider le malade à trouver progressivement en accord et avec l'aide de son entourage, le mode d'existence qui lui convient.

C'est donc le problème de l'utilité des pratiques à domicile dans les traitements à long terme, dont ont besoin la plupart des malades, qui est ici posé.

- Situations où la relation thérapeutique ne peut être établie ou poursuivie dans d'autres conditions :

Il existe en effet de nombreuses circonstances où la relation thérapeutique ne peut se nouer ou se maintenir en un lieu institutionnalisé. Nous distinguerons schématiquement deux ordres de situations de ce genre :

- Situations dans lesquelles la séparation du malade et de son entourage . peut avoir des conséquences néfastes :

• Tel est le cas lors de l'apparition de troubles mentaux aux âges extrêmes de la vie (enfance, sénescence).

Dans ces périodes critiques, alors que la personnalité se développe ou au contraire subit une involution, en tout cas présente de profonds remaniements, le départ même transitoire du malade hors de son milieu de vie habituel peut présenter de sérieux inconvénients.

Les facultés d'adaptation du sujet, déjà réduites dans ces périodes et bouleversées secondairement par le processus pathologique, ne peuvent pas résister à la transplantation dans un nouveau milieu de vie. On risque ainsi de créer une désadaptation complète et irréversible, rendant impossible ultérieurement une réintégration du malade dans son milieu d'origine.

Cette séparation ne peut être valable que lorsqu'elle est indiquée c'est-à-dire dans les cas où l'entourage habituel du malade est à l'évidence pathogène la séparation étant alors, en soi, un facteur adjuvant de la thérapeutique.

Dans de nombreux cas, à l'inverse, lorsque l'entourage est coopérant et accepte de collaborer à la thérapeutique, le maintien dans le milieu familial devient possible et même souhaitable, moyennant une aide spécialisée périodique à domicile.

Ceci présente de nombreux avantages :

- le traumatisme de la séparation est évité ainsi que ses conséquences qui peuvent être graves.

- l'engagement de l'entourage dans le traitement est une des meilleures garanties de son succès.

- le malade est soigné tout en menant une existence aussi proche que possible de son existence habituelle ce qui est très important, particulièrement chez l'enfant ou l'adolescent qui peuvent ainsi, en cas de troubles modérés, poursuivre une scolarité dans des conditions normales.

. Tel est le cas également lorsque des troubles mentaux apparaissent chez une femme, mère d'enfants en bas âge (périodes suivant un accouchement par exemple).

La rupture de la relation maternelle peut être préjudiciable à la mère, à l'enfant ou aux deux et là encore en cas de troubles modérés le maintien de cette relation devient possible si des possibilités de traitement à domicile existent.

Nous ne multiplierons pas les exemples à l'infini, bien qu'il existe de nombreuses situations de ce type, nous nous contenterons de souligner l'intérêt essentiel des activités soignantes à domicile lorsque le maintien du malade dans son milieu de vie habituel représente un facteur favorable à la thérapeutique.

- Situations dans lesquelles tout autre type de relation est impossible :

Il est des situations où le malade ne peut se déplacer pour venir consulter car il existe un obstacle majeur, transitoire ou définitif à l'établissement ou à la poursuite d'une relation thérapeutique en un lieu institutionnel.

Le problème de la thérapeutique se pose alors dans les termes suivants : si l'équipe soignante ne se rend pas au domicile, le malade reste sans soins.

Parmi les divers obstacles que l'on peut rencontrer, nous distinguerons schématiquement deux grandes catégories :

L'obstacle essentiel est représenté par l'état du malade :

- soit son état mental, tel est le cas de nombreux malades psychotiques claustrés, isolés socialement pour lesquels l'intervention à domicile doit permettre d'éviter une intervention policière traumatisante et source de difficultés thérapeutiques multiples.

- soit son état physique, le handicap physique ou sensoriel, par la diminution des capacités qu'il entraîne, peut avoir des conséquences fâcheuses sur le plan psychique.

La perte de l'autonomie et la dépendance qu'elle entraîne représentent un bouleversement dans le monde de vie du malade, bouleversement qu'il est parfois bien difficile de compenser.

Que ce handicap apparaisse chez un sujet déjà mentalement perturbé (sujet âgé par exemple) ou qu'il soit à l'origine d'une décompensation chez une personnalité déjà fragilisée, la présence soignante à domicile permet d'éviter l'interruption du traitement, d'aider le malade à trouver le mode d'existence le plus satisfaisant et le plus compatible avec son handicap, enfin de modifier éventuellement et d'adapter le mieux possible l'attitude de l'entourage.

Il existe des obstacles divers :

Parmi ceux ci, l'existence d'une distance importante entre le patient et le lieu où sont implantées les structures de soins, telle qu'elle peut se voir en milieu rural à l'habitat dispersé, représente parfois un obstacle difficilement surmontable lorsqu'il s'agit de maintenir une relation thérapeutique.

Le déplacement de l'équipe soignante peut là encore rendre de grands services.

Dans toutes ces situations, les pratiques à domicile, permettant une relation thérapeutique souple ajustable au mieux aux besoins des patients devraient trouver un champ d'application étendu.

CONCLUSIONS

Au terme de cette réflexion qui visait à démontrer l'intérêt des pratiques à domicile en psychiatrie, tant pour les patients que pour ceux dont le rôle est de soigner, le temps est venu de conclure.

Nous nous sommes appuyés sur divers arguments pour tenter une telle démonstration :

- Arguments tirés de l'Histoire :

Si l'on étudie l'Histoire de la psychiatrie, force est de constater que la question de l'utilité des activités soignantes à domicile n'apparaît avec netteté que très récemment. L'idée de soigner l'habitant chez lui apparaît comme une idée neuve alors que la médecine générale, dans sa forme d'exercice libéral, et donc privé s'en est fait depuis longtemps une sorte d'apanage.

La constatation de cette carence pose un problème. L'histoire, nous semble-t-il, permet d'apporter une réponse.

En ce qui concerne la Psychiatrie et la Médecine Publiques, les conceptions sur la manière de soigner ont été depuis plusieurs siècles et malgré la parenthèse Révolutionnaire, dominées par une pensée qu'on peut appeler "hospitalocentrique" ou "institutionnocentrique", qui ne conçoit a priori le traitement qu'en un lieu institutionnel, l'hôpital étant le modèle-type d'institution de soins.

Telle est la manière dont la sollicitude de la Société à l'égard de ceux qui avaient besoin de son "assistance" s'est manifestée historiquement.

L'Histoire démontre la nocivité et le caractère rétrograde de cette manière d'envisager les problèmes posés par la Santé Publique.

L'institution hospitalière porte en elle même les germes de dégradation de la fonction soignante et dans le domaine plus spécifique qui nous occupe ici, l'institution hospitalière psychiatrique, l'Asile, tend à conserver, lorsqu'il constitue le centre de gravité du dispositif de soins et malgré toutes les améliorations qu'on peut lui apporter, son aspect hérité du passé, celui d'une structure de renfermement avec tous les aspects repressifs et aliénants qu'une telle structure implique. Telle est à notre avis la leçon de l'histoire. De même, il nous apparaît que toutes les initiatives qui ont consisté dans le passé à renforcer l'exclusion du malade hors de son milieu de vie, toutes les attitudes ségrégatives définissant le malade comme aliéné, ont eu un caractère fondamentalement répressif et ont tourné le dos à une conception scientifique de la thérapeutique. Inversement, toutes les initiatives qui ont été à contre courant visant à permettre au malade une forme d'existence aussi proche que possible de son existence habituelle, hors du milieu hospitalier, ont été des initiatives de progrès c'est-à-dire "désaliénantes" et ont permis l'amélioration de la compréhension et du traitement de la maladie mentale.

Ainsi l'idée de soigner le malade chez lui ou à proximité de chez lui n'a pu émerger historiquement qu'à partir d'un certain stade de la critique de cette pensée "hospitalocentrique", aliénée et aliénante.

La persistance, à l'heure actuelle de tels modes de pensée montre que ce travail critique est encore à l'ordre du jour. Cette critique de la psychiatrie en son stade hospitalier, asilaire, a cependant déjà fait des preuves de sa fécondité en ce qu'elle a permis de forger les concepts d'une psychiatrie nouvelle, parvenue à un stade "désaliéniste" et réellement scientifique, stade auquel il devient possible de soigner le malade chez lui.

Qu'on ne se méprenne pas cependant, il ne s'agit pas pour nous de dénier toute utilité à l'institution hospitalière en psychiatrie. Au stade aliéniste ou elle représente l'unique structure de soins (et de renfermement), elle ne peut

qu'être aliénante. Au stade désaliéniste au contraire, l'hôpital n'est plus qu'un moyen parmi d'autres, intégré dans un dispositif plus vaste, incluant la possibilité d'activités soignantes à domicile et il peut devenir alors une institution réellement thérapeutique, instrument de soins spécifique. Dans un dispositif de soins non "hospitalocentrique", la fonction de l'hôpital est valorisée car il s'agit d'un instrument thérapeutique spécialisé et de haute technicité.

- Arguments théoriques et pratiques :

L'intérêt des pratiques à domicile se détermine essentiellement par rapport aux exigences de la relation thérapeutique.

La relation soignant-soigné est la pierre de touche de toute thérapeutique en psychiatrie et l'expérience la plus répétée démontre à l'évidence que la continuité de cette relation est la condition essentielle de l'efficacité thérapeutique. Par conséquent, tous les moyens favorisant l'établissement et la poursuite de cette relation là où elle s'avère nécessaire et au moment où elle est nécessaire, multiplient cette efficacité.

Nous avons essayé de montrer qu'au nombre de ses moyens, les pratiques à domicile occupaient une place de choix et pour ce faire, nous avons ébauché une analyse de la rencontre soignant-soigné au domicile :

- dans un premier temps, nous avons étudié les caractéristiques générales de cette rencontre. Le fait essentiel est le déroulement de celle-ci hors de tout lieu institutionnel ce qui place d'emblée les protagonistes soignant et soigné dans une position nouvelle. Le soignant n'est plus comme dans la situation institutionnelle un personnage possédant le pouvoir hérité d'une pratique longtemps confinée dans le bastion hospitalier, il est question pour lui d'écouter et de réponse aux besoins.

Celui qui fait appel à lui n'est plus dans la situation d'un objet qu'il s'agit de s'approprier, de rejeter ou d'enfermer. A son domicile, chez lui, le malade est d'emblée en position de sujet.

- Dans un deuxième temps, nous avons étudié le cadre de cette rencontre c'est-à-dire le domicile lui même. Il nous a semblé que son domicile était pour chaque individu un objet d'investissement important, un lieu jouant un rôle essentiel dans notre existence. Il est à la fois le lieu à partir duquel chacun s'insère dans la société et le témoin de cette insertion.

Le domicile est aussi le domaine clos et secret de la vie privée. Ce domaine concerne les soignants uniquement dans la mesure où ils sont introduits bien souvent malgré eux et en fonction des besoins des malades, dans cette intimité, c'est-à-dire dans la mesure où il est fait appel à eux. A ce propos, une prise de conscience des dangers d'impérialisme psychiatrique est nécessaire et une vigilance toute spéciale s'impose.

Au domicile enfin, se déroule la vie familiale. L'ensemble familial constitue un monde relationnel complexe où des événements clefs de l'existence de ces membres interviennent. Quand on connaît l'importance des relations familiales dans la structuration de la personnalité et son épanouissement, le traitement du trouble mental ne peut être envisagé en dehors de son contexte familial. Cette conception d'une "psychiatrie familiale" nous semble être le fondement d'une psychiatrie réellement humaine et par là même véritablement scientifique qui envisage le traitement en tenant compte de tous les facteurs qui peuvent avoir une influence sur son déroulement.

Le domicile a donc une signification capitale sur le plan anthropologique. Le malade y étant vu différemment, le regard sur la maladie se modifie et une nouvelle clinique peut s'élaborer. La perception familiale du trouble devient une réalité.

- Enfin pour terminer ce chapitre théorique, il nous a semblé utile de nous interroger sur la signification de la rencontre soignant soigné au domicile c'est-à-dire ce qu'elle pouvait apporter à la fois au soignant, au patient, et à son entourage. Le domicile apparaît comme le lieu par excellence où peut

être évaluée la "situation de besoin" que le trouble mental vient révéler. Il y est possible d'évaluer globalement cette situation, en appréciant les besoins individuels, familiaux et sociaux et d'en faire le bilan. Ainsi la réponse thérapeutique peut s'ajuster au mieux à ces divers besoins.

En ce qui concerne les applications pratiques, l'activité psychiatrique à domicile ne va pas sans soulever quelques problèmes. Comme pour tout moyen thérapeutique des indications et des contre indications doivent être définies en sachant bien qu'il s'agit de données provisoires qu'une pratique large permettra de remettre en cause, de dépasser et de préciser.

Le principal danger que les activités psychiatriques à domicile puissent faire courir est celui d'une extension exagérée du champ de la psychiatrie vers des domaines qui ne la concernent pas ou très partiellement. Ce danger de "psychocratisme" ne nous paraît réel que dans la mesure où l'on persiste à envisager les problèmes psychiatriques avec des modes de pensée traditionnels, hérités du stade asilaire, "hospitalocentriques". Dans une pratique désaliéniste, écartant toute attitude ségrégative ou appropriative, le danger apparaît moins prégnant.

En ce qui concerne les indications, c'est par rapport à la relation thérapeutique qu'elles se déterminent. Chaque fois qu'il est nécessaire d'établir de poursuivre ou de rétablir une relation thérapeutique et que la venue à domicile des soignants apparaît comme la réponse la mieux adaptée aux besoins du patient, voire la seule réponse possible, l'indication peut en être posée.

Nous avons exploré les principaux champs d'application qui nous apparaissent comme privilégiés pour les pratiques à domicile ce qui ne limite pas bien entendu l'extension vers d'autres champs d'application possibles. Les pratiques à domicile nous paraissent devoir rendre des services irremplaçables dans trois ordres de situation :

- situations urgentes ou graves : il apparaît non seulement souhaitable mais indispensable que dans de telles situations la présence médicale soit la première requise auprès du patient.

- situations nécessitant un aménagement de l'environnement : la recherche patiente et longue de formes d'existences compatibles avec le trouble mental constitue un aspect capital de la thérapeutique de la maladie mentale, affection chronique car mettant en cause la personnalité dans son ensemble. Une présence périodique des soignants au domicile du malade peut apporter une contribution importante à cette tâche difficile.

- situations où toute autre forme de relation est nocive voire impossible. Nous avons insisté principalement à ce sujet sur le domaine infantile et celui de la sénilité. L'apparition de troubles mentaux aux âges extrêmes de la vie, lorsque la personnalité se structure ou au contraire subit une involution, contre indique le plus souvent le séjour en milieu institutionnel hospitalier. Dans la majorité des cas, c'est à domicile, au plus près de l'entourage que le traitement doit être envisagé.

Les activités psychiatriques à domicile occupent donc une place privilégiée parmi les moyens qui permettent de réduire la distance toujours trop importante qui sépare les patients des soins qui leur sont nécessaires. Cependant, si ce moyen nous semble le plus représentatif d'une conception "désaliéniste" de la psychiatrie, il ne peut bien entendu être le seul.

Il ne peut révéler toute sa valeur que s'il s'inscrit dans un ensemble de moyens diversifiés, organisés en un véritable Service Public de protection de la santé mentale mis à la disposition des usagers.

Les principes scientifiques d'un tel service sont élaborés, regroupés sous le terme générique de psychiatrie de "secteur", mais leur mise en pratique authentique reste à faire.

Puisse ce travail, y apporter une modeste contribution....

Vu, le Président de Thèse

Pr. P. MILLIEZ

Vu, le Doyen de la Faculté

Pr. P. MILLIEZ

Vu et Permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages cités ou consultés

BACHELARD G.

La Psychanalyse du feu.
Collection Idées - Gallimard.

Asile et Hôpital psychiatrique. L'expérience d'un établissement rural
Congrès des Aliénistes - Montpellier 1942, p.399

BAILLY SALIN (avec H. DUCHENE)

Services Psychiatriques Extra Hospitaliers
Encyclopédie Médico-Chirurgicale II, 1961

Contre le Secteur
Information Psychiatrique 1962, p.6

BECKER, WEINER, FRIEDMAN

Home treatment - Boston.

BERNARD P.

Le Service d'Hygiène Mentale d'Amsterdam.
Information Psychiatrique I. 1965

L'assistance Psychiatrique en Grande Bretagne
Information Psychiatrique IX, 1963

BELZILLE U. (avec DROUIN J.)

Les traitements à domicile
Information Psychiatrique IV, 1967

BOLLOTTE

La longue Eclipsé 1789-1832
Information Psychiatrique 1953, p.6 et 134

L'origine du système pavillonnaire
Information Psychiatrique 1950, p.65

BONNAFE L.

Note sur la solidarité des problèmes doctrinaux et des problèmes d'Assistance en Psychiatrie (avec FOUQUET P.)
Annales Médico-Psychologiques XII, 1944

Sur l'Unité de la théorie et de la pratique (avec DAUMEZON G.)
CR du Congrès des Aliénistes Genève-Lausanne, 1946

Perspectives de Réforme Psychiatrique en France depuis la Libération (avec DAUMEZON id°)

Note sur quelques expériences psychiatriques dans la Résistance Française.
Bâle 1946

Le personnage du Psychiatre I.
Evolution Psychiatrique oct - dec. 1948

Le milieu Hospitalier vu du point de vue psychothérapique ou théorie et pratique de l'hôpital psychiatrique.
La Raison n° 17-18, 1957

Sur l'isolement thérapeutique.
Information Psychiatrique VI, 1949

De la Doctrine Post-Esquirolienne
Information Psychiatrique 1960, p. 423 et 559

Secteur et défense professionnelle
Information Psychiatrique, 1961, fev.

Le personnage du Psychiatre II ou l'Art de la Sympathie
La Raison 1961

Thèses 1963 sur la Psychiatrie de Secteur
Information Psychiatrique 1963, p. 507

Le personnage du psychiatre III ou les métamorphoses.
Evolution Psychiatrique X, 1965

De la relation thérapeutique par rapport à la famille du malade.
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie. Congrès d'Anvers VII, 1952.

Psychiatrie dans la communauté.
Congrès Mondial de Psychiatrie Madrid 1966.

BONNAFE L.

Essai d'interprétation du fait psychiatrique selon la méthode
de K. MARX et F. ENGELS. Histoire d'un mythe.
Evolution Psychiatrique n° exc. p.75, 1948

BONNET J.

L'assistance familiale en Dauphiné.
Revue de Psychiatrie 1901, p.111

BOURNEVILLE

De l'assistance des enfants dits incurables.
Neurologie et Psychiatrie 1887

DAUMEZON G.

De la mortalité dans les Hôpitaux Psychiatriques depuis juin 1940
Congrès des Aliénistes - Montpellier 1942

Editorial - Information Psychiatrique 1951, p.218
avec L. BONNAFE (voir cet auteur),

DEBESSE

L'enfant et la famille
Bulletin de Psychologie 1966-7, p.377

DIJON

Organisation et fonctionnement d'un service d'Hygiène Mentale
à Amsterdam.
Information Psychiatrique V 1951

DION C.

Soins à domicile. Bien être social canadien.
Janv. Fév. 1967.

DEOM P.

Expériences et réflexions sur le traitement à domicile en milieu
semi-rural. Une expérience Québécoise.
Information Psychiatrique 1969, p.1099

DUCHENE H.

Tâches d'hygiène mentale dans la psychiatrie de secteur.
Information Psychiatrique I, 1959.

Les Services Psychiatriques publics extrahospitaliers.
Congrès de Tours 1959

DUCHENE H.

Services Psychiatriques Extrahospitaliers
Encyclopédie médico-chirurgicale II, 1961

Avec BAILLY SALIN (voir cet auteur)
Avec PAUMELLE Ph. (voir cet auteur)

DROUIN J.

Les soins à domicile au Quebec
Information psychiatrique 1969, p.1067,
avec U. BELZILLE (voir cet auteur).

ESQUIROL

Des maladies mentales considérées sous le rapport médical hygiénique et médico-légal, 1838.

- . L'isolement des aliénés, p.745, 761, 769
- . Préambule aux mémoires statistiques et hygiéniques sur la folie, p.398

Des établissements des aliénés en France, 1819.

FOLLIN S.

Rationalisme moderne et psychiatrie (sur la méthode en psychiatrie à la lumière du matérialisme dialectique).
Evolution Psychiatrique n° exc, p. 107.

FOUCAULT M.

Histoire de la Folie à l'age classique.
PLON.

Naissance de la Clinique.
PUF

GENTIS

Une expérience d'observation à domicile (avec SARRETTE)
Vie sociale et Traitement fev. mars 1960

HOCHMANN J.

La psychothérapie familiale,
Information Psychiatrique 1967

Interventions au niveau d'immeubles (avec J.R. GALLE TESSENNEAU et GUYOTAT J.) Confrontations psychiatriques Specia n° 4, 1969

JEANNEAU A.

Du collectif à l'individuel

Information Psychiatrique X 1966, p; 695 à 703

Secteur libre choix et service libre.

Information Psychiatrique 1963

KOECHLIN Ph.

Psychiatrie de Secteur de Province.

Information Psychiatrique 1959, p. 71

LAGESSE

Bilan de cinq années d'expérience d'une infirmière psychiatrique visiteuse.

Information Psychiatrique I, 1965

LANGEVIN H.

Traitement Psychiatrique à domicile (avec FORTIN, LEONARD, MENARD,).

Laval Medical vol. 37, II, 1966

LAUZIER

L'assistance aux malades mentaux aux Pays-Bas et en Suisse.

Information Psychiatrique XII, 1956 et I, 1957

LEGUILLANT L.

Le service médico-social de secteur.

Information Psychiatrique 1959, p.9

MILLON

Secteur actif et infirmière de Santé Mentale.

(avec BILLARD, GOLDSTEINAS, LAGESSE)

Congrès de Tours 1959

MOREL

Le non restraint 1860

Citations p.23 extraites des Annales Médico-Psychologiques 1865, tome I, p.143 et 145

MIGNOT H.

Le Secteur.

Encyclopédie Médico-chirurgicale V, 1967

MANHEIMER GOMES

Assistance Psychiatrique à domicile.
Congrès des Aliénistes, Tunis 1912

MARIE A.

Intervention au Congrès International d'Assistance dans la famille.
Revue de Psychiatrie, 1902

Etat actuel de l'Assistance familiale
Revue de Psychiatrie 1902, p. 481

NICAISE

Essai sur les fondements théoriques de la psychiatrie de secteur.
Thèse Paris 1961

PAUMELLE Ph.

A propos de visites à domicile (avec H. DUCHENE)
Information Psychiatrique 1957

A propos de la fonction d'urgence en Psychiatrie (avec H. DUCHENE)
Information Psychiatrique I, 1958

Les modalités de l'intervention à domicile en Psychiatrie de Secteur,
l'expérience du 13e arrondissement en matière de soins à domicile
et d'hospitalisation à domicile (avec PREVOST J.)
Information Psychiatrique XII, 1969

PINEL PH.

Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, 1809

PINEL C.

De l'isolement des aliénés sous le rapport Hygiénique, pathologique
et légal, 1861

PY O et C.

La psychiatrie de secteur ou le psychiatre dans le monde.
Information Psychiatrique II, 1966

REINE T.

Essai de reconstitution d'un cadre domestique chez une malade
psychologique rapporté à travers une étude d'interaction infirmière
à domicile-malade.
Information Psychiatrique, I, 1970, p. 43

ROULET A. (avec ROLLET M.)

Infirmier visiteur et travail à domicile. Une enquête sur l'apparition et le rôle actuel des infirmiers visiteurs dans trois hôpitaux psychiatriques de Province.

Information Psychiatrique 1969, p.1083

RUTH-LOISEL C.

Relation par une infirmière travaillant "à domicile" de la prise en charge de deux femmes âgées et solitaires.

Information Psychiatrique 1969, p.631

SERIEUX P.

Rapport sur l'Assistance aux aliénés, 1903

SIVADON

Vers une Assistance Extrahospitalière efficace.

Annales Médico-psychologiques 1947

Tendances actuelles de l'Assistance Psychiatrique aux Etats Unis En Grande Bretagne et aux Pays Bas.

Information Psychiatrique VII. 1952

SUTHERLAND G.H.

Les aliénés dans les habitations privées : le système écossais.

Revue de Psychiatrie, 1901, p.172

TOULOUSE E.

Doit-on interner les aliénés ?

Revue de Psychiatrie, 1901, p.33 et p.161

VEIL C.

Note sur la gravité et l'urgence en psychiatrie de dispensaire.

Annales Médico-Psychologiques 1957, T. II, p.124

VERMOREL

Du Secteur

Information Psychiatrique, 1963, p.271

WOODBURY M.A. et M.

Psychiatrie communautaire à Paris : Psychiatrie communautaire. Service d'Urgence et d'Hôspitalisation à domicile dans le 13e arrondissement de Paris.

Information psychiatrique 1959, p.1073

DOCUMENTS DIVERS

- Conclusions des Journées Psychiatriques Nationales de Mars 1945
Information Psychiatrique IX 1945 p.19
- Comptes Rendus des Journées Psychiatriques Nationales 1947
Information Psychiatrique 1947 p.147
- Documents de l'Information Psychiatrique 1947
 - I - Le malade mental et la société, G. Daumezon, L. Bonnafé
 - II - Au delà de l'asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique.
P. BALVET, P. BERNARD, L. BONNAFE, G. DAUMEZON,
L. LEGUILLANT, Desclée de Brouver édit., J. LAUZIER XII 1946
- Memorandum sur le problème de la santé mentale en France.
Information Psychiatrique 1950
- Le Plan Quinquennal d'équipement sanitaire (Assistance Psychiatrique, . . .
Lutte contre les maladies mentales).
Information Psychiatrique VII 1952
IX 1953
- Rapport préliminaire à la présentation de nouveaux textes propres à assurer
un fonctionnement satisfaisant aux Hôpitaux Psychiatriques.
DAUMEZON - EY - FOUQUET - HAMON - LAUZIER
Commission des maladies mentales 1954
Information Psychiatrique 1955, p.340
- Note sur l'équipement Psychiatrique d'un territoire dépourvu de toute for-
mation spécialisée.
BONNAFE, JACQUELIN, MIGNOT, REGIS, SIVADON
Commission des Maladies Mentales 1956
Information Psychiatrique VI, 1957
- Notes sur le Service territorial unifié de protection de la santé mentale
BONNAFE, DAUMEZON, EY, FOUQUET, HAMON, JACQUELIN,
LAUZIER, MIGNOT, REGIS, SIVADON
Commission des Maladies Mentales 1959
Information Psychiatrique II 1960
- Circulaire du 24 mars 1956 relative à l'établissement du 2e programme
quadriennal d'équipement sanitaire et social.
Information Psychiatrique IX, 1956

- Circulaire du 15 mars 1960 relative au Programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
Information Psychiatrique 1960, p. 497
- Comptes Rendus du Colloque de SEVRES
Information psychiatrique 1959
- Le Service d'Hospitalisation à domicile de l'Assistance Publique à Paris
Documents des Archives de l'Assistance Publique, aimablement fournis par Mr. TREMOLIERES
- Documents historiques sur la période révolutionnaire aimablement fournis par le Docteur BOLLOTTE.

oOo

